

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 513

Travail de la Clinique Gynécologique du Professeur G. COTTE

**LE TRAITEMENT
DE L'ENDOMÉTRIOSE GÉNITALE
SES RÉSULTATS**

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 30 Juin 1939

PAR

Edouard HAY SAIS

Lieutenant de l'Armée Mexicaine

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 Février 1915, à MEXICO (Mexique)



LYON

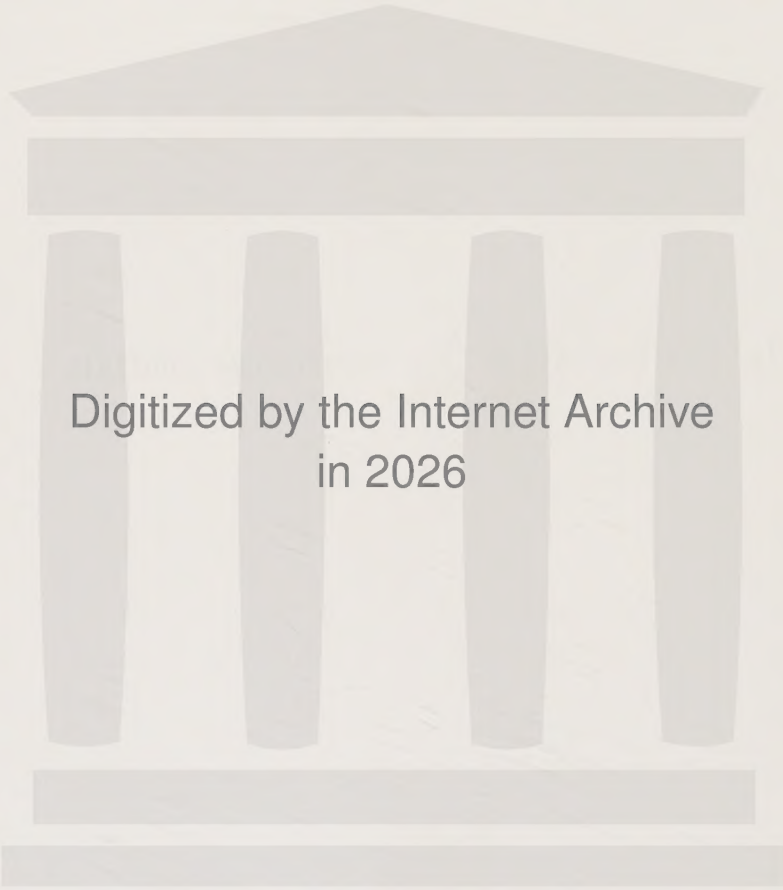
BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

Le Traitement de l'Endométriose génitale



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552408_0079

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 513

Travail de la Clinique Gynécologique du Professeur G. COTTE

LE TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE GÉNITALE SES RÉSULTATS

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 30 Juin 1939

PAR

Edouard HAY SAIS

Lieutenant de l'Armée Mexicaine

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 Février 1915, à MEXICO (Mexique)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, **CLUZET**

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
		PATEL.
Clinique obstétricale et Accouchements		BERARD.
Clinique ophtalmologique		VORON.
Cliniques dermatologique et syphilligraphique		BONNET.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		FAVRE.
Clinique médicale infantile		LEPINE (J.).
Clinique gynécologique		MOURIQUAND.
Clinique Oto-rhino-laryngologie		COTTE.
Clinique urologique		REBATTU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		TAVERNIER.
Clinique des maladies infectieuses		COURMONT.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		J. CHALIER
Chimie biologique et médicale		PONTHUS.
Chimie organique et toxicologie		FLORENCE
Matière médicale et Botanique		MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MANCEAU.
Anatomie		GUIART.
Histologie		LATARJET.
Physiologie		POLICARD.
Pathologie interne		HERMANN.
Pathologie générale et thérapeutique		CORDIER.
Anatomie pathologique		CADE.
Chirurgie opératoire		J.-F. MARTIN.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		SANTY.
Médecine légale		ARLOING (F.)
Hygiène		Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie		ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		LEULIER
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

LEIDEN MM. COTTE, *président* ; DE ROUGEMONT, *assesseur* ;
BERTRAND et CLAVEL.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

Je lui offre ce travail en modeste témoignage de ma gratitude.

Je lui dois tout et la joie qu'il peut éprouver en voyant la fin de mes études est une récompense qu'il mérite après toute une vie de labeur dont le bien-être des siens a été le but.

Ma plus grande fierté serait de lui ressembler et le magnifique exemple de sa vie, faite de travail, de franchise et de bonté reste pour moi un idéal que je m'efforcerai d'atteindre.

A MA MERE

A côté de mon père, elle s'est sacrifiée pour moi, son amour sans bornes, sa tendresse de tous les instants, sa sollicitude touchante m'ont fourni le meilleur des encouragements.

Je lui dédie ce travail, faible témoignage de mon amour filial.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur G. COTTE

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Nous lui sommes profondément reconnaissant de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service.

Trois ans durant, il nous a donné l'exemple d'un infatigable esprit de recherche scientifique.

Il a bien voulu nous confier ce sujet de thèse et nous donner le résultat de ses observations.

Aujourd'hui, il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Gustave BAZ
Recteur de l'Université Nationale de Mexico
Professeur de Clinique Chirurgicale

Il nous a initié à l'art médical.

Depuis le début de nos études, il a bien voulu nous accepter dans son service hospitalier, il nous a fait confiance et honoré de son amitié; qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'accueil toujours si bienveillants et les conseils que sans cesse il nous a prodigués.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. BERTRAND

Chirurgien des Hôpitaux

Nous lui sommes reconnaissant de l'accueil toujours si bienveillant qu'il a eu pour nous, il nous fait l'honneur d'être notre juge.

Nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

A NOS JUGES

En hommage respectueux et reconnaissant.

A Monsieur le Docteur Jacques MATHIEU

Chef de Clinique Gynécologique
Prosecteur à la Faculté de Médecine

Tout au long de ce travail, il nous a guidé, il n'a ménagé ni son temps ni ses efforts.

Nous garderons des heures passées près de lui le meilleur souvenir.

En le remerciant de tout cœur, nous le prions d'accepter notre gratitude et notre vive et respectueuse sympathie.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL MILITAIRE DESGENETTES
ET DE L'ECOLE
DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX CIVILS DE LYON

A MES CHEFS
DE L'ARMÉE MEXICAINE

AVANT-PROPOS

Au bout de cinq années passées en France, où je vins pour faire mes études de médecine militaire, envoyé par mon Gouvernement, je tiens à remercier vivement le Ministère de la Défense Nationale française, qui me fit l'honneur de me nommer Elève de l'Ecole du Service de Santé militaire et la Faculté de Médecine de Lyon, où, sous l'égide de Maîtres éminents, j'ai fait mes premiers pas dans la carrière médicale.

Lorsque je suis arrivé à l'Ecole, mes Maîtres et mes camarades m'ont honoré en me faisant oublier que j'étais étranger parmi eux et en me considérant comme un des leurs; c'est avec fierté que je porte aujourd'hui le titre d'ancien élève de l'Ecole du Service de Santé militaire, bien que j'éprouve un grand regret à quitter tous ceux que j'ai aimés, tous ceux qui, pendant nos années d'études, ont ressenti les mêmes joies, les mêmes tristesses que moi. Je repars dans mon pays; pendant des années, je ne verrai plus mes amis : qu'ils soient assurés cependant que dans son lointain Mexique, leur ancien camarade de promotion continuera à penser à eux et que toujours, il gardera cet admirable esprit de franchise, d'amitié et de loyauté. qu'à l'école nous avons appris à connaître.

Le Docteur P. Toussaint a été pendant les cinq an-

nées d'études, mon camarade de chambre, il est pour moi un frère; qu'il sache le regret que j'ai de le quitter et que son souvenir ne s'effacera jamais de ma mémoire.

Une des joies les plus grandes pour moi a été de connaître réellement la France.

C'est en y vivant que l'on peut apprécier cet admirable pays et admirer le rayonnant berceau de civilisation et de liberté qu'il constitue.

Il a traversé, pendant mon séjour, des heures graves; je garderai toujours une grande admiration pour le patriotisme du peuple français qui, dans des moments si difficiles de son histoire, place avant toute autre chose, le souci de la grandeur et l'amour de sa Patrie.

Le Traitement de l'Endométriose génitale

INTRODUCTION

Les travaux et communications sur l'endométriose génitale sont actuellement nombreux en France, mais aucun ne concerne une statistique étendue sur l'avenir éloigné des malades, sauf dans certaines localisations spéciales : Mlle Tchijoff, donne des résultats obtenus dans les endométrioses ovariennes. A Lyon, M. Santy dans la thèse de Zahedi, fait part de ceux des localisations extrapéritonéales de l'endométriose.

Nous apportons ici, les réponses à une vaste enquête dans la clientèle personnelle et hospitalière de M. le Professeur Cotte. Elle porte sur les suites éloignées de 78 malades revues dans un intervalle de temps variant de 6 mois à 7 ans après l'intervention.

Dernièrement, de nouvelles observations d'endométrioses ont été observées à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Cotte, mais elles sont trop récentes pour qu'on puisse parler de résultats éloignés, nous n'en avons donc pas tenu compte.

A l'étranger, nombreuses sont les publications sur la question, la plupart tentent d'élucider le problème pathogénique. Nous n'avons aucun fait intéressant nou-

veau à apporter dans ce travail, et nous nous bornons à étudier les directives thérapeutiques en comparant notre expérience personnelle à celles des auteurs américains et allemands, qui se sont tout particulièrement attachés à cette étude.

CHAPITRE PREMIER

DANS QUELLES CONDITIONS SE POSE LA QUESTION DU TRAITEMENT DE L'ENDOMETRIOSE

A. — Au point de vue anatomique

1° Les diverses localisations possibles

Les implantations de muqueuses utérine aberrante peuvent être extra ou intrapéritonéales, cas le plus fréquent.

a) UTÉRUS.

L'utérus lui-même peut-être le siège d'endométriose : la muqueuse n'est pas, on le sait, séparée de la musculieuse par une basale, mais elle pénètre, au contraire dans les couches superficielles du myomètre.

Lorsque cette pénétration est exagérée, lorsque les tubes glandulaires se retrouvent dans l'épaisseur même du tissu musculaire, on parle d'endométriose interne ou de « métrose endophytique ». Il ne s'agit-là, que de l'exagération d'un processus histologique normal, ce qui rend parfois délicat le diagnostic de ce type spécial d'endométriose.

Mais elle peut aussi revêtir l'allure d'adénomyomatose, appellation qui veut rappeler l'aspect macroscopique de myome banal qu'elle revêt, bien qu'il existe des différences essentielles avec le fibrome banal, en particulier la présence d'îlots glandulaires dans son épaisseur, parfois visibles à l'œil nu sur la coupe macroscopique et l'absence de plan de clivage qui ne permet pas l'énucléation qui est possible dans les fibromes vrais.

b) TROMPES.

Remontant l'arbre génital, on arrive aux trompes. La paroi tubaire est une localisation relativement rare de l'endométriose et qui prend une importance particulière, du fait que l'œuf qui traverse la trompe, peut s'y implanter et donner une grossesse extra-utérine.

c) PÉRITOINE.

Après les trompes on arrive au péritoine, il semble que l'endométriose péritonéale soit bien moins fréquente qu'on a voulu l'admettre au début, le péritoine sain se défendant contre cette invasion de cellules. Par contre, si le péritoine est altéré à la suite d'une affection pré-existante ou d'une ancienne péritonite, le fragment d'endomètre peut s'implanter et proliférer.

Cette endométriose péritonéale reste rarement localisée à la séreuse, le plus souvent elle la traverse et peut atteindre divers organes.

d) OVAIRES.

Le cas le plus fréquemment observé pour certains auteurs est celui de l'endométriose ovarienne, il est

évident que des raisons spéciales favorisent ici le développement de greffes d'endomètre; la position de l'ovaire sous l'utérus quand celui-ci est en rétroversion, la proximité du pavillon tubaire, l'absence de séreuse couvrant la solution de continuité mensuelle associée à l'ovulation peuvent être des causes de la fréquence de l'atteinte ovarienne, quoique à notre avis, le nombre d'endométriose ovariennes n'est pas si grand qu'on a voulu le dire.

e) CUL-DE-SAC RECTO-VAGINAL.

Il semble que le fond du cul-de-sac de Douglas soit une localisation d'élection du processus constituant lorsqu'il infiltre la cloison sous-jacente, l'adénomyomatose recto-vaginale. Les fragments endométriaux tomberaient dans le cul-de-sac où ils proliféreraient facilement. Fréquente pour certains, cette localisation nous paraît relativement rare, peut-être tout simplement parce que nous nous refusons à ranger dans ce cadre les endométrioses de surface du cul-de-sac, qui, elles, sont vraiment courantes.

Bien d'autres localisations ont été signalées. Nous ne ferons que les mentionner puisque nous bornons notre étude à l'endométriose génitale.

L'endométriose rectale a été décrite. Elle donne des rétractions considérables de la paroi, suffisantes pour donner parfois des sténoses.

L'endométriose vésicale, appendiculaire, sont autant de localisations possibles de l'endométriose; elles restent cependant bien rares.

Les localisations extrapéritonéales sont encore pos-

sibles, en particulier l'endométriose vaginale, d'un diagnostic difficile malgré la présence, à une profondeur variable, dans la paroi vaginale de petits nodules bleuâtres gonflant à chaque époque menstruelle. Décrite comme fréquente, par certains auteurs, elle nous paraît plutôt rare.

L'endométriose de la cicatrice de laparotomie constitue une localisation intéressante, elle serait fréquente après césariennes, ligamentopexies; nous ne l'avons jamais observée chez nos malades; mais à Lyon, M. Santy a rapporté dans la thèse de Zahedi, des observations d'endométriose de la cicatrice. Le même auteur présente quelques histoires cliniques d'endométriose de l'ombilic, localisation rare et sérieux argument pour les tenants de la théorie métaplasique. Bien que Dougal (partisan de la théorie de Sampson qui invoque comme responsable le passage rétrograde de muqueuse utérine) retrouve dans tous les cas d'endométriose ombilicale et inguinale qu'il a trouvé une extension péritonéale.

A côté de ceci, il faut encore citer des cas très rares comme l'endométriose brachiale, décrite par Navratil et Kramer, qu'aucune théorie n'explique et qui ne peut être conçue que comme une endométriose métastatique ou embolique, soit par voie lymphatique ou veineuse, comme l'a suggéré Sampson.

2° Les localisations relevées dans notre statistique

Notre Maître, M. le Professeur Cotte, a bien voulu nous confier les 78 observations d'endométriose con-

firmée histologiquement qu'il a recueillies dans sa clientèle personnelle ou hospitalière.

Mais, nous ne pouvons dans ce travail, donner des résultats éloignée que sur 62 de nos malades, les 18 autres étant trop récentes pour qu'une appréciation quelconque puisse être portée sur les résultats obtenus.

Etant donné la fréquence avec laquelle on voit l'endométriose actuellement, on peut bien la considérer comme une affection gynécologique dont l'importance ne saurait échapper à personne.

Nous avons trouvé l'endométriose sous ses différentes formes dans à peu près 10 % des laparotomies gynécologiques faite par M. le Professeur Cotte; le chiffre de 10 % a toujours été confirmé par l'examen histopathologique, sans compter quelques cas « d'adénomyosis uteri interna » (métrose endophytique de M. Imbert, Cornil et Mosinger) qui coexiste souvent avec l'hyperplasie glandulaire kystique, mais qui en raison même de cela est assez difficile à individualiser.

Nos observations se décomposent de la façon suivante :

1° Endométriose à localisation unique (62);

Endométriose de l'utérus circonscrite	2
Endométriose de l'utérus diffuse	28
Endométriose des cornes utérines	3
Endométriose des trompes	13
Endométriose de l'ovaire	9
Endométriose du péritoine pelvien	7

2° Endométrioses à localisations multiples (17);	
Endométriose de l'utérus et de l'ovaire.....	6
Endométriose de l'utérus et du vagin.....	1
Endométriose de l'utérus et du péritoine pelvien .	2
Endométriose de l'utérus et du péritoine.....	3
Endométriose diffuse (endométriose de la cloison recto-vaginale, endométriose de l'utérus, de l'ovaire, de la trompe et du péritoine).....	5

On peut voir, par ce tableau, que les endométrioses de l'ovaire et de l'espace rectovaginal sont relativement peu nombreuses. On ne relève, en effet, que 23 localisations ovariennes, soit un peu moins de 30 p. 100 des cas, pourcentage qui est loin de celui de 60 à 80 p. 100 donné par certains auteurs. Il est à noter que nous n'avons compté dans nos cas que ceux où l'examen histologique avait décelé des formations caractéristiques dans le fragment examiné. Des coupes en série nous auraient peut-être donné quelques cas de plus.

Le petit nombre d'endométrioses de la cloison recto-vaginale que nous avons relaté, tient à une question de définition et de classification, nous ne décrivons sous le nom d'endométriose de la cloison recto-vaginale, que les endométrioses qui siègent réellement dans la cloison, et dont le traitement, en raison du blocage de l'utérus et du rectum qui existe si souvent, prête à des considérations particulières.

B. — Sur le terrain clinique

L'endométriase génitale pose un véritable problème clinique, car toute femme est exposée au danger d'endométriase pendant la période d'activité génitale de son existence.

La fréquence de l'endométriase est très diversement appréciée. Pour Sampson, elle existerait dans un quart des laparotomies gynécologiques; pour Philipp, dans 10 % des malades de sa clinique.

Sans arriver à la fréquence impressionnante qui résulte de chiffres donnés par différents auteurs, nous croyons que l'endométriase se retrouve assez souvent, à condition de le savoir et de la rechercher systématiquement; nous retrouvons dans nos observations, le même nombre de 10 % signalé par Philipp.

1° Cliniquement, l'endométriase peut parfois prendre une allure aiguë

C'est le cas de l'endométriase tubaire se révélant bruyamment par une grossesse extra-utérine lorsque l'œuf fécondé est venu se fixer sur cet îlot aberrant d'endomètre, préparé à la nidation par les influences hormonales tout aussi bien que la muqueuse utérine. Nous avons un cas de cet ordre :

OBSERVATION N° 1

B..., 29 ans.

La malade entre à l'hôpital le 29 novembre 1933 pour une douleur violente dans la fosse iliaque droite.

R.A.S. dans ses antécédents. Réglée régulièrement, elle a présenté deux petites crises antérieures qui semblent d'origine appendiculaire.

Bien réglée, menstruation parfois douloureuse, elle a présenté il y a un mois, un retard de 3 jours ; elles ont duré 4 jours.

Il y a deux jours, douleurs violentes au point de Mac Burney, vomissements, douleurs s'irradiant à la jambe droite. Elle présente une température à 38°5 et un pouls à 90.

Le 30 novembre 1933. — T.V. (Pr Cotte). Uterus en bonne position, annexes droites augmentées de volume, douloureuses à la palpation.

Intervention le 7 décembre 1933.

A.G. au Schleich (rachie impossible). Incision de Pfannenstiël. Salpingectomie droite l'ovaire droit est sain. Les annexes gauches sont normales, quoique recouvertes d'un voile péritonéal, d'adhérences probablement d'origine inflammatoire. Fermeture sans drainage.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une G.E.U. du volume d'une noix, ayant évolué dans le tiers moyen de la trompe et présentant une fissuration (avortement tubaire). Cette trompe présente au niveau de son insertion utérine une petite tumeur arrondie, du volume d'un gros noyau de cerise. Il s'agit probablement d'adénomyome. La présence de cette petite tuméfaction a exigé la résection cunéiforme de la corne utérine.

A noter que le tablier épiploïque et le cæco-appendice étaient venus adhérer à la fissuration tubaire, ce qui explique les hésitations du diagnostic. Avant l'opération

on avait pensé à une appendicite, ou à une ovarite sclérokystique.

L'examen histologique pratiqué montre qu'il s'agit d'un adénomyome de structure classique.

Cinq ans après, le 10 janvier 1939, la malade interrogée, nous répond que ses règles sont régulières, non douloureuses et d'abondance normale, elle n'a pas de pertes en dehors de ses règles, ni douleurs.

Dans ces cas, d'allure aiguë, simulant la grossesse extra-utérine, l'appendicite pelvienne ou la crise annexielle, le diagnostic est rarement fait, l'on intervient en pensant à l'une de ces 3 éventualités le plus souvent, et on trouve une endométriose tubaire avec grossesse extra-utérine, comme dans l'observation n° 1, ou bien une endométriose de l'ovaire, comme dans :

OBSERVATION N° 2

Mme B..., 30 ans.

Entre à l'hôpital pour des pertes sanglantes très abondantes avec état syncopal remontant à 20 jours date d'une période menstruelle normale. Jusque-là, à part quelques pesanteurs lombaires continues, la malade se portait bien : une grossesse il y a 10 ans, une fausse-couche deux ans plus tard, sont les seuls antécédents à relever.

Au toucher, il existe à gauche de l'utérus une masse kystique. L'intervention (8 novembre 1933) montre qu'il s'agit d'un kyste hématique de l'ovaire avec quelques nodules d'endométriose au niveau du péritoine du Douglas (examen histologique confirmatif).

Castration unilatérale gauche. Il nous a été impossible d'avoir des nouvelles récentes de cette malade.

Les phénomènes brutaux présentés par cette malade, peuvent s'expliquer soit par l'abondance d'une hémorragie intrakystique, soit par la rupture intrapéritonéale d'un kyste endométrial. Il peut même s'agir de la rupture d'une grossesse ovarienne due à une endométriose de l'ovaire sur lequel elle s'est développée. On peut se demander, en effet, si quelques-unes de ces grossesses ovariennes ne sont pas dues à la fécondation de l'œuf dans un foyer d'endométriose ovarienne, l'œuf trouvant un tissu apte à le recevoir, de même que dans la grossesse tubaire par endométriose de la trompe.

L'endométriose peut être associée à une annexite. Elle ne semble pas alors responsable des accidents aigus et n'est qu'une découverte histologique.

OBSERVATION N° 3

Mme H..., 22 ans.

Vient pour une crise douloureuse abdominale, rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est une crise abdominale analogue il y a un an pour laquelle elle fut hospitalisée à l'Hôpital Cochin à Paris.

Réglée à 13 ans, régulièrement depuis, elles durent de 3 à 5 jours et sont en général peu abondantes ; les dernières datent de 24 jours, n'ont duré qu'un jour et ont cessé brusquement.

L'affection remonte à une semaine où elle ressentit une douleur abdominale brutale qui dura trois jours et obligea la malade à s'aliter.

Le toucher permet de sentir un utérus petit en bonne position, une annexite bilatérale avec annexes collées dans le Douglas.

Lésions plus accusées à droite. A gauche, on a l'impression qu'il s'agit d'une vieille annexite.

On la met au repos complet au lit et quinze jours plus tard, le toucher permet de sentir les annexes adhérentes au fond du Douglas. Le ventre est beaucoup plus souple qu'à la rentrée de la malade.

Deux jours plus tard, le 11 juin 1934, intervention.

Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiël, ablation d'un appendice sain. Il existe une annexite chronique bilatérale avec trompes fermées. Les ovaires sclérokystiques adhèrent à la face postérieure du paramètre. On pratique une castration totale droite et une salpingectomie gauche ; on fait un évidement des cornes et on finit par une fixation par le procédé de Pestalozza.

L'examen de la pièce nous montre qu'à droite, il existe un petit hématosalpinx à paroi très épaissie. A gauche, salpingite simple faisant penser à la tuberculose. L'examen histopathologique pratiqué permet de voir des lésions d'endométriose diffuse au niveau de la trompe.

Il ne nous a pas été possible d'avoir des nouvelles de cette malade.

Il ne s'agit parfois, que d'un épisode aigu au cours d'une dysménorrhée très ancienne.

OBSERVATION N° 4

Mme R..., 36 ans.

N'a rien de particulier dans ses antécédents. Réglée régulièrement depuis 13 ans type 25/4. Sa menstruation est très douloureuse. Elle n'a jamais eu d'enfant, ni fausse-couche. Appendicectomie à l'âge de 18 ans.

Il y a 4 ans, crise abdominale gauche qui nécessite l'entrée à l'hôpital où, après 15 jours de repos et glace sur le ventre, tout rentra dans l'ordre.

L'affection actuelle remonte à 15 jours, date à laquelle une violente crise abdominale gauche avec douleur s'irradie à tout l'abdomen survint. Elle ne présenta pas de vomissements. La température était à 39°, elle reste oscillante entre 38° et 39° et brusquement 14 jours après, la température monte à 40° et la malade accuse une douleur beaucoup plus profonde.

Le lendemain elle évacue spontanément en plusieurs fois une assez grande quantité de pus par le rectum et se sent immédiatement soulagée. Elle rentre à l'hôpital ce jour et on note un utérus en bonne position. A gauche, une masse annexielle bloque complètement le cul-de-sac de Douglas. La cloison recto-vaginale est épaissie. Il s'agit d'une collection d'origine salpingienne ouverte dans le rectum.

On la met au repos complet et une vaccinothérapie lui est faite 13 jours après son entrée à l'hôpital ; le toucher vaginal permet de noter que la cloison rectovaginale est redevenue normale.

En arrière de l'utérus, on sent une masse kystique remplissant tout le Douglas.

Intervention deux jours après (1^{er} juin 1933). — Rachianesthésie. Incision médiane. On trouve une pelvipéritonite ancienne assez discrète. Adhérence assez marquée de l'S iliaque et de l'épiploon à la corne utérine gauche. Des deux côtés lésions d'annexite chronique.

A droite, ovarite avec périovarite, l'ovaire est soudé à la paroi latérale, l'ovaire renferme de ce côté, un kyste hématurique.

On pratique une castration bilatérale et on fait une greffe d'ovaire.

Péritonisation avec le péritoine vésical.

Trois ans plus tard, la malade va bien ; on lui fait une série de piqûres de Proluton.

Le 10 janvier 1939, la malade va bien ; elle présente quelques troubles d'insuffisance ovarienne.

OBSERVATION N° 5

Malade de 31 ans, envoyée dans le service pour douleur aiguë de la fosse iliaque droite apparue brusquement à l'occasion de ses dernières règles il y a 15 jours.

Réglée à 19 ans, depuis normalement à type 30/7, elle présente une leucorrhée abondante.

Depuis son mariage il y a 10 ans, les règles viennent à intervalles réguliers mais très diminuées, ne durant que pendant une demi-journée, ou un jour. Elle a beaucoup grossi depuis son mariage.

Les règles sont très douloureuses dans les deux jours qui précèdent la menstruation, l'obligeant à s'aliter au moment de leur apparition.

L'examen nous montre une florissante malade avec signes d'insuffisance ovarienne. A noter crise appendiculaire il y a 10 ans.

Le palper abdominal réveille une douleur aussi bien à gauche qu'à droite.

Au toucher : signe de métrite, utérus en bonne position, vagin peu profond, on sent dans le Douglas, un petit point qui correspond probablement à une annexe.

Intervention le 28 novembre 1935 : On trouve dans le petit bassin des signes de pelvi-péritonite ancienne, probablement bacillaire.

Des deux côtés, ovaires gros et présentant de la périovarite. Leur libération se fait facilement.

Pour les trompes, à droite, existent quelques brides de péri-salpingite qui coudent la trompe, pavillon ouvert et petit nodule au niveau de la portion interstitielle. Implantation tubo-utérine.

A gauche, trompe fermée qui adhère dans le Douglas. Résection de l'ampoule tubaire suivie de salpingostomie.

Résection du nerf présacré. Isophénolisation de l'ovaire.

L'examen histopathologique nous répond : adénomyomatose.

La malade revient le 15 janvier 1936, elle a eu ses règles le 11 janvier, elles ont duré trois jours, sans douleur.

Un mois plus tard, la malade revient, car elle souffre du côté gauche. Leucorrhée abondante, elle a beaucoup grossi. L'ovaire gauche est perçu.

Un an après son opération, la malade va bien, réglée tous les mois ; piqûre de folliculine tous les mois.

De l'étude de ces cas, d'allure aiguë de l'endométriose génitale, on peut dire que rarement devant la gravité du syndrome on pense à l'endométriose, à moins que les antécédents de la malade dans lesquels on retrouve une dysménorrhée n'apparaissant que le deuxième ou le troisième jour des règles et se manifestant par crises violentes, signes sur lesquels nous reviendrons, sans amélioration malgré les traitements médicaux mis en œuvres fassent soupçonner l'endométriose; de même à l'intervention, pour une grossesse extra-utérine, le fait d'une préexistence de dysménorrhée fait penser à l'endométriose comme cause de cette grossesse ectopique.

C'est donc le plus souvent dans ces cas aigus, à l'opération que l'on reconnaîtra l'orige endométriale des lésions; il faut toujours y penser, car des indications thérapeutiques spéciales découleront de l'existence d'une endométriose.

2° Parfois ce sont des manifestations bruyantes et plus typiques que l'endométriose présente cliniquement

La dysménorrhée avec les signes particuliers à l'endométriose existe, elle a été depuis longtemps signalée comme un symptôme très fréquent dans l'endométriose, nous la retrouvons dans presque toutes nos observations; malheureusement, il s'agit-là, d'un trouble fonctionnel fréquent et qui peut avoir comme étiologie des causes très différentes, ce qui lui fait perdre beaucoup de sa valeur séméiologique.

Il existe cependant une variété particulière de dysménorrhée sur laquelle M. le Professeur Cotte, a insisté depuis 1933, c'est la dysménorrhée tardive qui n'apparaît que plusieurs années après la puberté et qui ne se manifeste que vers le deuxième ou le troisième jour de la menstruation, contrairement aux douleurs menstruelles banales qui précèdent le plus souvent l'écoulement et cèdent quelquefois dès son début.

Le caractère cyclique des douleurs, souvent de grande intensité, progressif et à type de coliques expulsives se voit dans les cas typiques, mais cette dysménorrhée spéciale à l'endométriose ne se voit que dans 10 % des cas, à peu près. Sur nos 62 cas, il nous a été possible de l'observer dans 5 cas.

OBSERVATION N° 6

Mme G..., 37 ans, mère de trois enfants, souffre depuis quelques mois d'une dysménorrhée violente et des règles très abondantes.

Au toucher, le fond utérin présente une déformation qui donne l'impression d'un myome. En raison des renseignements fournis par l'interrogatoire, on fait des réserves sur l'existence possible d'une adénomyomatose. Avertie de la difficulté de la conservation si cette hypothèse se vérifiait, la malade insiste à tout prix pour qu'on évite une castration.

L'intervention faite le 25 janvier 1935, montre l'existence d'un kyste hématique de l'ovaire droit, adhérent à la face postérieure de l'utérus (ce qui avait fait croire à un myome). Castration unilatérale droite. L'ovaire gauche est sain.

L'examen histologique (Pr Noël) montre qu'il s'agit bien d'une endométriose.

Pendant 6 mois, les règles sont absolument indolores ; mais rapidement, elles redeviennent si pénibles que, 15 mois plus tard, il faut intervenir à nouveau. Cette fois encore, la malade supplie de faire le maximum de conservation possible. Son ménage est fragile ; à aucun prix elle ne veut être castrée par crainte d'une rupture. Le 7 mai 1936, on découvre un kyste brunâtre de l'ovaire gauche qui peut être enlevé en laissant en place un fragment de parenchyme suffisant pour assurer la persistance de la menstruation.

Pendant un an, la malade va tout à fait bien, mais ensuite elle se remet à souffrir ; les douleurs ont même tendance à devenir continuelles et l'examen montre que le fragment d'ovaire laissé en place est devenu kystique. Aussi, le 7 septembre 1937, pratique-t-on une hystérectomie subtotal. Sur l'ovaire kystique, il n'y a pas de récurrence d'endométriose, mais au niveau de l'utérus, l'examen histologique révèle l'existence d'îlots d'endométriose non douteux. A la suite de cette intervention, la malade est restée complètement guérie.

Comme l'on peut voir dans ce cas, le tableau clinique est assez caractéristique et avait bien fait penser à l'endométriose. L'adhérence intime du kyste ovarien avec la face postérieure de l'utérus, avait fait penser plutôt à l'existence d'une adénomyomatose et si la nature du processus avait bien été reconnue, le siège en avait été mal localisé. De toute manière, le diagnostic précis pré-opératoire reste difficile.

Cette dysménorrhée à signes particuliers qu'on voit dans l'endométriose est toujours plus ou moins confondue avec d'autres troubles et qui, la plupart du temps, sont ceux pour lesquels la malade vient consulter; c'est au médecin par l'interrogatoire et l'examen de la malade, à découvrir cette dysménorrhée cyclique qui fera soupçonner l'endométriose, comme dans:

OBSERVATION N° 7

La malade, Mlle J..., 33 ans, non mariée, ni enfant, ni fausse-couche, vient pour des métrorragies depuis trois mois. Elle perd abondamment, et presque continuellement ces derniers temps ce qui la fait venir à la consultation.

Réglée à 13 ans, règles régulières, mais toujours douloureuses au moment du deuxième ou troisième jour surtout.

Le toucher permet de sentir un col fermé, conique de nullipare. Dans le Douglas, masse dure, arrondie, mais bosselée en surface, peu mobile, douloureuse au palper, entourée d'une zone inflammatoire qui la rend fixe et douloureuse. On ne perçoit pas le fond utérin. Il semble qu'à gauche de cette masse postérieure il y ait une masse

annexielle gauche accolée à la masse principale, vraisemblablement utérine.

Intervention le 20 décembre 1931.

Rachi-anesthésie. — Incision de Pfannenstiel. Utérus en position horizontale présentant sur sa face postérieure une sorte de plaque dure, saillante, donnant de prime abord l'impression d'un fibrome. Annexes gauches volumineuses, kystiques. Annexes droites saines. Hystérectomie sub-totale.

L'examen de la pièce fait penser à un adénomyome de la face postérieure du corps qui est confirmé par l'examen histologique.

Si dans ce cas, ce furent les métrorragies qui amenèrent la malade à consulter, la dysménorrhée était cependant assez typique pour faire penser à l'endométriose.

Il est d'autres cas plus évocateurs où c'est la dysménorrhée seule qui fait venir la malade à la consultation :

OBSERVATION N° 8

Mme S..., 36 ans.

Vient consulter pour menstruation douloureuse depuis huit mois.

Réglée depuis l'âge de 11 ans, menstruation du type 24/4, toujours abondante, mais régulières et indolores avant sa maladie ; mariée deux fois. Du premier mariage, elle a eu un fils mort à 3 mois et une fausse-couche de 4 mois. Du second mariage, elle a un enfant bien portant, le dernier accouchement a eu lieu il y a 7 ans.

L'affection actuelle remonte à 8 mois, les règles sont

devenues douloureuses, le premier jour la malade ne souffre pas, le deuxième jour, elle est obligée de se coucher, car elle ressent des douleurs vives à type de coliques accompagnées de sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Elle ne peut étendre les jambes pendant ces crises, puis les douleurs s'atténuent pour ne plus être douloureuses le quatrième jour.

Le toucher pratiqué nous donne un utérus en position normale un peu augmenté de volume. Les annexes ne sont pas perçues au toucher.

Intervention le 20 janvier 1933.

Rachi-anesthésie. — Incision de Pfannenstiël, on trouve une annexe gauche adhérente à l'S iliaque, à son niveau, il existe un exsudat hémorragique. En le libérant on ouvre un kyste à contenu chocolat. Par ailleurs, la trompe présente à sa surface extérieure trois petits kystes noirâtres qui font penser à l'endométriose.

L'utérus volumineux paraît présenter un myome dans sa paroi postérieure, il est de la grosseur d'une petite mandarine et on l'isole facilement du tissu utérin voisin. La cavité utérine est ouverte. L'examen histologique nous confirme l'examen de la pièce, il s'agit d'une endométriose.

Résultat : guérison.

Les antécédents de cette malade sont un exemple de cette dysménorrhée assez caractéristique où les douleurs à type de coliques, sont plus violentes le deuxième ou le troisième jour des règles. Parfois, la dysménorrhée n'apparaît qu'à la fin de la menstruation.

OBSERVATION N° 9

Mme T... 24 ans.

Vient pour règles douloureuses. Bonne santé habituelle, réglée à 13 ans, a toujours souffert à gauche dès

la fin des règles, d'abord pendant 3-4 jours, puis actuellement pendant 10 jours ; douleurs irradiées à l'aîne, à la hanche, et à la face antérieure de la cuisse. Pas de leucorrhée, ni de ménorragies, ni cystalgie, ni constipation. La malade a consulté plusieurs spécialistes. Les traitements préconisés sont restés sans effet, ce qui l'amène à accepter l'intervention dont on lui a déjà parlé.

Intervention le 18 février 1933.

Rachi-anesthésie. — Incision de Pfannenstiël. Ablation de l'appendice sain. Au niveau de l'angle gauche de l'utérus au-dessous de l'insertion du ligament rond, sur la face antérieure de l'utérus, près du bord latéral, petit myome du volume d'une noisette. Enucléation impossible. Résection de ce noyau. Pas de lésions annexielles.

A la coupe : adénomyome kystique renfermant du sang épais, chocolat. Capitonnage de la brèche. Suture à deux plans au catgut.

Revue 7 mois après l'opération, la malade a été réglée régulièrement depuis cette époque, ne souffre plus.

3° Les endométrioses à dysménorrhée banale

La dysménorrhée banale, sans horaire spécial, constitue un des meilleurs symptômes de l'endométriose. Nous l'avons trouvée dans à peu près la moitié des cas, et plus spécialement dans les localisations ovariennes où elle est à peu près constante, 12 fois sur les 23 cas d'ovaire que nous présentons. Les auteurs étrangers Bleuter, Allen, Donald, Keene, donnent à peu près les mêmes chiffres.

Cette dysménorrhée peut être solitaire ou s'associer à des manifestations à distance (céphalées, vomisse-

ments). Elle prend parfois le type de dysménorrhée essentielle, car souvent les données de l'examen sont absolument négatives. Les douleurs menstruelles donneront l'indication opératoire, et c'est au cours de l'intervention que le diagnostic est fait. M. le Professeur Cotte a montré les excellents résultats que donne dans les plexalgies hypogastrique, la résection du nerf présacré, ce qui permet d'être résolument interventionnistes dans les dysménorrhées graves. C'est ainsi que plusieurs endométrioses ont été dépistées; elles seraient certainement restées méconnues si la laparotomie, faite en vue d'une opération sur le sympathique pelvien ne les avait fait découvrir.

Les 8 observations suivantes se rattachent à cette forme clinique de dysménorrhée banale.

OBSERVATION N° 10

Mme D..., 26 ans, a toujours souffert de ses règles, surtout les premiers jours, où elle était parfois contrainte d'interrompre son travail. Les périodes menstruelles irrégulières reviennent tantôt tous les mois, tantôt tous les 60 à 80 jours. Dyspareunie légère. Pas de cystalgie. Douleurs intermenstruelles.

Mariée depuis 6 ans, pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Au toucher, utérus en position normale. Le fond est un peu irrégulier et bosselé. Les annexes ne sont pas perçues.

Intervention le 24 septembre 1938.

Aucune lésion apparente de l'appareil génital, sauf une

petite tache noirâtre sur l'ovaire droit. Enucléation ; résection du nerf présacré.

En janvier 1939 les résultats sont excellents.

OBSERVATION N° 11

Mme K..., 23 ans.

Envoyée à l'hôpital pour dysménorrhée et hernie inguinale gauche. Depuis la puberté, elle a toujours souffert de ses règles surtout les premiers jours où elle était obligée de s'aliter. Mariée, elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche. La dysménorrhée résume tous ses troubles : il n'existe ni cystalgie, ni dyspareunie, ni irrégularités menstruelles.

Dans ses antécédents, on note une néphrite aiguë récente dont il n'existe aucune séquelle. L'examen gynécologique est négatif.

Intervention le 10 septembre 1938.

Utérus ballant. A droite, de petits points noirâtres parsemés à la surface de l'ovaire.

On retrouve les mêmes petits kystes brunâtres à la face postérieure de l'utérus. Résection sub-totale de l'ovaire.

Résection du nerf présacré. Fixation ligamentaire. Cure radicale de la hernie. Trois mois plus tard, les nouvelles sont bonnes, mais il est encore trop tôt pour parler de résultats durables.

OBSERVATION N° 12

Mme R..., 31 ans.

Vient à l'hôpital pour douleurs abdominales.

Réglée à 14 ans, elle présente des retards de deux mois,

parfois ses règles sont douloureuses l'obligeant à s'aliter le premier jour ; les cinq autres jours que dure sa menstruation se passent normalement.

Mariée en 1924, elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche, à noter que depuis son mariage, ses règles ont plus de stabilité à type 35/6 et les douleurs surviennent la veille, l'obligeant à s'aliter.

Leucorrhée persistant tout le mois, sans odeur, ne tachant pas le linge.

Au toucher: utérus petit, antéfléchi, le fond au-dessus de la symphyse.

A droite, on sent une petite masse annexielle non douteuse ; à gauche le cul-de-sac est épaissi.

Intervention le 16 décembre 1932.

Rachi-anesthésie, incision de Pfannenstiel. Ablation de l'appendice en position rétro-cæcale.

Dans le petit bassin, l'épiploon adhère au niveau de la portion isthmique des deux trompes.

Petite adhérence dans le cul-de-sac vésico-utérin. Les deux ovaires adhèrent au péritoine pelvien, surtout le droit.

A droite, nodule fibreux au niveau de la portion interstitielle de la trompe. Ses deux trompes sont ouvertes, la portion isthmique de la trompe gauche est également indurée.

Castration unilatérale droite. Résection du nerf présacré.

L'examen histologique pratiqué, montre une adénomyomatose du type classique.

Le 10 janvier 1939, c'est-à-dire 7 ans plus tard, elle va très bien, ses règles non douloureuses sont régulières, d'abondance normale, elle n'a plus de leucorrhée.

OBSERVATION N° 13

Malade A..., de 24 ans, vient pour des douleurs abdominales. Mariée depuis trois ans, elle n'a pas d'enfants, car n'a jamais pu avoir des rapports avec son mari. Réglée à 18 ans, les règles reviennent toutes les trois semaines, très exactement, mais durent un temps variable de 4 à 8 jours.

Elles sont très douloureuses, les douleurs apparaissent un ou deux jours avant les règles et persistent pendant les deux premiers jours. Leucorrhée abondante.

Au toucher, col très réduit, il est impossible de préciser l'état du fond utérin, en raison de l'état de défense de la malade.

Intervention le 3 juillet 1934.

Ovarité kystique droite avec petit foyer de péri-ovarite séreuse. Trompe fermée de ce côté.

A gauche, ovaire en ectopie au niveau du détroit supérieur et qui a gardé un aspect infantil. Trompe fermée.

Salpingostomie gauche. Castration droite. Section du nerf pré-sacré.

Dans le petit bassin, il y a quelques adhérences lâches, symptomatiques d'une péritonite ancienne. Bacillose probable. Appendicectomie complémentaire.

A l'examen le pavillon de la trompe gauche réséqué présente deux petits kystes hématiques faisant penser à l'endométriase.

L'examen histopathologique nous dit qu'il s'agit d'une endométriase avec structure classique.

OBSERVATION N° 14

Mme M., 48 ans.

Vient pour des douleurs abdominales à la fosse iliaque droite quand cessent les règles et pour abondance de celles-ci.

Réglée à 12 ans, régulièrement à type 30/5.

Mariée à 25 ans, pas de grossesse. Toujours en bonne santé.

L'examen de cette malade nous permet de sentir une tumeur située dans le bas de la fosse iliaque droite allant jusqu'à la ligne médiane, elle est légèrement douloureuse à la palpation.

Au toucher : utérus augmenté de volume, remontant à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. On trouve un myome développé en avant et à droite.

Intervention le 10 avril 1937.

Fibrome volumineux du volume de deux poings avec annexité bilatérale. Hystérectomie sub-totale.

L'examen de la pièce montre qu'à côté d'une masse principale, il existe plusieurs autres petits noyaux, la plupart intramuraux.

Ses trompes fermées des deux côtés, renferment du sang.

A la surface de l'ovaire et de la trompe, petites formations lenticulaires et brunâtres qui évoquent l'idée d'endométriase.

L'examen histologique est confirmatif. ,

OBSERVATION N° 15

Mlle F..., 42 ans.

Vient consulter pour ses règles très douloureuses. Non mariée n'a eu ni enfant ni fausse-couche. Réglée à 20 ans ses règles se sont toujours accompagnées de nausées et de douleurs abdominales très marquées. Règles du reste peu abondantes ne durant jamais plus de 2 à 3 jours.

Au toucher : utérus bosselé en arrière et à gauche mobile, mais avec antéflexion assez marquée.

Intervention le 22 février 1922.

Utérus gros rétroposé, présentant une infiltration de la paroi intérieure avec épaississement qui fait songer immédiatement à de l'adénomyomatose. Sur le péritoine qui tapisse le cul-de-sac de Douglas, on trouve d'ailleurs de petits nodules noirâtres. Annexes saines.

Hystérectomie sub-totale sans conservation.

L'examen histologique confirme l'endométriose.

OBSERVATION N° 16

Mme B..., 29 ans.

Vient pour ménorragies et règles douloureuses. Pleurésie à 24 ans. Réglee à 15 ans. Règles régulières mais abondantes et très douloureuses.

Malgré le traitement médical et le port d'un pessaire indiqué par un praticien la malade n'ayant éprouvé aucune amélioration demande une intervention.

Au toucher : l'utérus uniformément augmenté de volume remplit tout le petit bassin et dépasse légèrement le niveau du pubis. On ne sent aucune lésion nette du côté des annexes.

Comme la malade est jeune on pense faire une myomectomie d'un fibrome interstitiel.

Intervention 8 août 1922.

Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Utérus augmenté de volume de façon diffuse. Une incision exploratrice montre qu'il n'y a pas de noyau énucléable, mais qu'il s'agit d'un adénomyome diffus. De plus, il existe du côté droit un énorme hématosalpinx.

Hystérectomie sub-totale avec conservation à gauche.

Examen histologique confirmatif de la nature adénomyomateuse des lésions.

OBSERVATION N° 17

Mme S..., 42 ans.

Vient pour des métrorragies et des règles douloureuses. Régée à 15 ans, les règles ont toujours été douloureuses, et irrégulières, venant tous les 30 à 40 jours avec des périodes d'aménorrhée durant jusqu'à 6 mois.

Les règles avaient une durée de 8 jours et se présentaient avec douleurs intenses les 3 premiers jours pour s'atténuer après. „

Mariée à 26 ans, elle n'a eu ni grossesse ni fausse-couche, ni pratiques anticonceptionnelles.

Depuis 3 ans, il n'y a plus de périodes d'aménorrhée et ses règles sont plus abondantes et toujours douloureuses. Le 13 octobre 1937, la malade a eu une hémorragie après ses règles qui dura une semaine environ. Le 17 novembre à l'occasion de ses règles, nouvelle hémorragie qui persiste depuis un mois.

Au toucher : utérus mou, au niveau du fond on sent un petit myome assez difficile à délimiter. Le volume total de l'utérus est augmenté. Utérus en position horizontale dont le fond remonte à moitié hauteur de l'ombilic.

Le 8 janvier 1938 intervention.

Hystérectomie adbominale sub-totale.

Utérus gros, ovaires énormes avec un follicule à la surface de l'ovaire gauche. Petits épaisissements de la paroi sans myome perceptible. Adénomyomatose possible, bien que dans le petit bassin on ne trouve aucun stigmatte de cette lésion.

L'examen de la pièce nous montre qu'il s'agit d'une endométriose confirmée par l'examen histologique.

Le 2 janvier 1939, un an après, la malade va bien.

L'endométriose ovarienne, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, se traduit à peu près dans 50 pour cent des cas par dysménorrhée ou un signe d'emprunt qui obligera à l'intervention. Il faut néanmoins mentionner les cas où elle reste complètement latente et silencieuse. Seitz estime leur fréquence à 18 % environ et Keene 40 pour cent des cas ne donne aucune douleur menstruelle, nous croyons avec Seitz qu'à peu près 15 % des malades ont une endométriose ovarienne silencieuse et pouvant rester en latence et méconnue, à moins qu'une opération à l'occasion d'autre affection ou peut-être un brusque déséquilibre hormonal la fera évoluer et présenter une symptomatologie.

L'observation n° 45 que l'on trouvera plus loin, rentre dans cette catégorie.

4° Endométriose à symptomatologie imprécise

Quoique la dysménorrhée plus ou moins systématique existe dans à peu près 75 % de nos observations, l'on voit des cas où malgré une endométriose à l'état pur, c'est-à-dire sans lésion associée, le tableau clinique reste très vague et c'est presque toujours au cours de l'intervention que l'on a reconnu le processus.

Néanmoins une douleur à la partie basse de l'abdomen ou du pelvis et une douleur lombo-sacrée restent un signe excellent surtout lorsqu'il s'exagère à la menstruation, mais il peut ne rien avoir de pathognomonique.

OBSERVATION N° 18

Malade de 28 ans qui est envoyée à la consultation pour crise abdominale. Régulée à 14 ans, elle a toujours été très bien réglée, à type 28/3, jamais douloureuses, mais peu abondantes. Pas de leucorrhée.

Il y a trois jours, crise abdominale douloureuse avec douleurs dans le petit bassin prédominant à gauche, irradiées dans la région lombaire gauche et dans le membre inférieur gauche. Depuis, douleurs continues avec lancées et leucorrhée assez abondante. Elle a 3 enfants, en bonne santé, elle n'a jamais eu de fausse couche. Dans ses antécédents, l'on note une lésion pulmonaire au sommet droit pour laquelle elle fut traitée pendant 8 mois dans un sanatorium.

L'examen révèle un abdomen souple, un poumon gauche normal et une sub-matité du sommet droit, avec augmentation des vibrations.

Au toucher : utérus gros mobile, flanqué à gauche d'une masse dure, douloureuse à la pression et qui paraît être un ovaire.

Intervention le 28 avril 1936.

Rachi-aneshtésie très bonne. Incision de l'ancienne cicatrice (ligature des trompes faite à Genève il y a un an).

La trompe droite paraît avoir été enlevée mais existence d'un noyau interstitiel au niveau de la corne.

A gauche : nodule inflammatoire au niveau de la trompe dont la portion isthmique paraît avoir été exclue par une ligature en boucle il existe une ovarite kystique de ce côté. Castration totale à gauche conservation de l'utérus et de l'ovaire droit après évidemment des cornes.

Péritonisation avec le péritoine vésical.

L'examen histologique nous montre qu'il s'agit d'une endométriose tubaire avec réaction d'inflammation sub-aiguë non en activité.

Bonnes suites.

OBSERVATION N° 19

Mme R..., 34 ans.

Vient pour douleurs abdominales droites et leucorrhée. Pas de grossesse. Depuis l'âge de 17 ans, date d'apparition des règles, dysménorrhée marquée, accompagnée de pertes blanches. Les règles sont du type 27/3. Actuellement la malade souffre pendant les 8 à 10 jours qui précèdent les règles, douleurs de la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la cuisse.

Au toucher : utérus gros, mobile, myome probable.

Intervention le 24 janvier 1933.

Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Fond utérin dur, paraissant renfermer un myome dans la paroi antérieure, mais celui-ci ne se laisse pas énucléer. En réalité il s'agit de myomatose diffuse.

Hystérectomie abdominale subtotal.

Les lésions s'étendent du reste à la partie isthmique des deux trompes. Seule la trompe droite est ouverte. A gauche, l'induration se poursuit jusqu'au niveau du pavillon.

L'examen histologique nous montre une endométriose de l'utérus et des trompes.

OBSERVATION N° 20

Mme D..., 40 ans.

Vient pour faiblesse générale et troubles de compression pelvienne (surtout dysurie). Pas de ménorragies.

A l'interrogatoire on apprend qu'à la suite d'un accouchement les règles sont devenues douloureuses. Au toucher : utérus fibromateux, remontant jusqu'à trois doigts au-dessus de la symphyse, relativement mobile.

Intervention le 28 décembre 1932.

Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Pelvi-péritonite du cul-de-sac de Douglas avec adhérence de l'S iliaque à l'utérus et aux annexes. Myome interstitiel du fond et de la paroi postérieure descendant jusqu'au niveau de l'isthme. Annexite kystique gauche ancienne. Castration gauche. Résection du fond utérin qui renferme un myome du volume des deux poings (hystérectomie sus-isthmique haute).

Enucléation de deux autres noyaux du volume d'une noix. Suture à trois plans de la cavité utérine. Péritonisation avec le péritoine vésical. Annexes droites saines.

Examen de la pièce : le noyau principal présente à la coupe des petites cavités remplies de sang qui font penser immédiatement à de l'adénomyomatose. Un autre noyau, énucléé, présente des signes de nécrobiose (myome hortensia). L'histologie confirme le diagnostic d'adénomyomatose.

OBSERVATION N° 21

Mme C..., 28 ans.

Vient consulter pour dysménorrhée. Jusqu'à l'année précédente elle était parfaitement bien portante : les règles étaient régulières, indolores ; une grossesse il y a 5 ans, terminée sans incidents. Depuis un an est apparue une dysménorrhée, extrêmement violente, imposant le repos au lit et devenant de plus en plus vive.

Entre les périodes menstruelles, l'abdomen reste légèrement douloureux.

Au toucher, utérus en position horizontale, au niveau du cul-de-sac postérieur de petits nodules éveillent l'idée d'endométriose. A droite et à gauche, les annexes kystiques sont nettement perçues.

Intervention le 11 janvier 1937.

Sous des adhérences assez intimes entre l'utérus et

l'S iliaque lui-même semé de petits points noirâtres, on découvre un kyste chocolat de l'ovaire gauche. A droite, un gros kyste folliculaire. Sur le péritoine utérin, en arrière, un nodule bleuté d'endométriose paraît infiltrer la partie toute supérieure de la cloison recto-vaginale.

Hystérectomie sub-totale.

L'examen histologique confirme l'endométriose au niveau du péritoine. Il n'est pas très affirmatif pour le prélèvement ovarien. Guérison.

5° Les endométrioses latente découvertes au cours d'une intervention

Nous avons, malgré tout, beaucoup de cas où l'endométriose n'est qu'une constatation opératoire car si la dysménorrhée plus ou moins typique existe pour nous dans à peu près les trois quarts de nos malades, cette dysménorrhée passe à un second plan devant l'évidence des signes cliniques faisant penser à une autre lésion, et si l'on soupçonne l'existence de l'endométriose, celle-ci est d'autant plus difficile à affirmer que bien souvent l'examen gynécologique révèle au niveau de l'appareil génital des lésions beaucoup plus évidentes et qui peuvent avoir dans le déterminisme des accidents une importance bien plus grande que l'endométriose.

La coexistence si fréquente d'une endométriose et d'une lésion associée font que bien souvent les signes de cette lésion nous masquent l'endométriose.

La littérature signale la coïncidence du myome utérin et endométriose; pour Seitz 30 % des myomes

utérins ont des lésions d'endométriose et il émet l'hypothèse que l'hormone ovarienne qui ordonne la croissance des deux sortes de proliférations, pourrait provoquer en même temps le myome et l'endométriose.

Dougal trouve que dans un tiers des myomes il y a de l'endométriose et Bleuther trouve le myome dans 16 % de ses observations. Keene sur 109 cas d'endométriose ovarienne trouve 55 pour 100 de myomes.

Lorsque nous faisons le bilan des lésions rencontrées à l'intervention, on voit en effet que sur nos 62 observations d'endométriose localisée, l'endométriose ne constituait toute la maladie que dans 28 de nos malades. Et dans 33 cas il y avait des lésions associées qui à elles seules pouvaient certainement expliquer les troubles qui avaient amené la malade à consulter.

On les répartit ainsi :

Myomes utérins	15
Myomes et ovarite	4
Myomes et annexite	3
Rétroversion de l'utérus	1
Néoplasme du col	2
Annexite chronique	3
Ovarite kystique	5

Chez les 17 malades au contraire où l'endométriose présentait des localisations multiples, deux seulement avaient un myome associé, chez les 15 autres, l'endométriose constituait toute la maladie et pouvait par conséquent être responsable des troubles observés.

Dans l'endométriose ovarienne, souvent la dysmé-

norrrhée n'est pas pure et des douleurs vagues et continues, de la pollakiurie, des troubles intestinaux viennent s'ajouter.

Le toucher montre une masse latéro-utérine à allure d'ovarite kystique, et l'existence de pertes rouges anormalement abondantes nous fait penser à une ovarite kystique ou à un myome quand la masse adhère à l'utérus.

Huit de nos malades atteintes d'endométriose ovarienne se présentaient avec la forme clinique d'ovarite kystique.

OBSERVATION N° 22

R..., 46 ans, présente des métrorragies de la ménopause.

A l'examen, utérus gros, flanqué à gauche d'une annexe volumineuse. A l'intervention, très gros ovaire renfermant un kyste à contenu goudron très épais. Castration bilatérale avec conservation de l'utérus seul.

A l'examen histologique : endométriose de l'ovaire.

En septembre 1928 la malade écrit qu'elle va bien, elle ne souffre plus et accuse seulement des troubles de castration.

OBSERVATION N° 23

Malade de 24 ans ayant toujours eu une bonne santé. Régée à 14 ans, les règles ont été toujours douloureuses. Mariée à 18 ans. Pas de grossesse (stérilité volontaire). Elle vient consulter parce que depuis un mois, elle a eu deux crises douloureuses abdominales.

A l'examen, utérus en bonne position. Ovaire kystique bilatéral avec masse gauche plus volumineuse qu'à droite.

Intervention le 28 mars 1938. Utérus et trompes normales. Les ovaires ont chacun le volume d'une grosse noix. Ils renferment l'un et l'autre un kyste hématique à contenu goudron. Résection sub-totale des deux ovaires. A l'examen histologique, endométriose de l'ovaire.

OBSERVATION N° 24

Il s'agit de la femme d'un médecin, âgée de 30 ans, qui vient consulter pour stérilité. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Mariée à 25 ans Pas d'enfant. Depuis trois mois les règles sont devenues douloureuses obligeant la malade à s'aliter pendant une demi journée. A l'examen, utérus en position horizontale. Au niveau de la corne gauche on trouve un petit noyau dont on ne peut déterminer le siège : utérus ou ovaire.

A l'intervention (30 juin 1933) l'ovaire droit volumineux renferme un kyste à contenu goudron. Castration unilatérale droite.

A l'examen histologique : endométriose.

Depuis l'intervention, disparition totale des douleurs. Une grossesse s'est déroulée normalement. En décembre 1938 les nouvelles sont excellentes.

OBSERVATION N° 25

Mme M..., 40 ans, vient consulter parce qu'elle souffre du bas ventre. Opérée en 1920 par Arrou pour dysménorrhée. Ablation de l'appendice et de l'ovaire droit. Fixation pour rétroversion. Après cette opération elle ne

souffre plus. Mariée en 1921, une fausse-couche à 3 mois.

A l'examen, utérus en bonne position. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par une masse kystique.

A l'intervention, gros kyste de l'ovaire, du volume d'un poing renfermant du sang noirâtre, chocolat. A la surface de l'utérus plusieurs petits points donnant l'impression d'endométriase.

Hystérectomie sub-totale. L'examen histologique confirme le diagnostic.

OBSERVATION N° 26

Mme T...

Il s'agit d'une femme de 37 ans qui vient consulter en raison d'une dysménorrhée qui devient de plus en plus violente.

Mariée il y a 9 ans, elle a un enfant. Pas d'autre grossesse. Elle désirerait vivement avoir un autre enfant.

A l'examen on découvre l'existence à droite d'un kyste de l'ovaire volumineux ayant le volume d'une tête d'enfant. Utérus en position horizontale, bloqué, annexes gauches perçues.

A l'intervention, 5 mai 1936, le kyste reconnu à l'examen renferme un liquide chocolat. Il adhère légèrement à l'utérus. Sur le péritoine pelvien, à la partie supérieure de la cloison recto-vaginale, on trouve plusieurs petits kystes lenticulaires à contenu chocolat, d'autres sur le ligament rond et au niveau du pédicule lombo-ovarien ce qui amène à faire une hystérectomie sub-totale sans conservation.

OBSERVATION N° 27

Malade de 41 ans, mère de quatre enfants, qui entre dans le service pour douleurs pelviennes, prédominantes à gauche ; elles sont continues mais plus aiguës le pre-

mier jour des règles et sont plus violentes depuis cinq à six mois. Les périodes menstruelles, jusqu'alors normales, sont depuis lors devenues irrégulières et marquées par des hémorragies importantes. Quelques phénomènes rectaux et vésicaux (dysurie, diarrhée), complètent le tableau.

Le toucher donne l'impression du kyste de l'ovaire gauche.

Intervention le 26 septembre 1933. Masse sous-péritonéale implantée au niveau de l'isthme utérin. Il existe en outre un kyste goudron de l'ovaire gauche et au niveau des ligaments utéro-sacrés et de l'isthme des îlots confluents d'endométriose.

Hystérectomie totale. Examen histologique confirmatif de l'endométriose péritonéale, utérine et ovarienne.

OBSERVATION N° 28

Mme F..., 35 ans.

La malade vient consulter parce qu'elle a eu, à différentes reprises des crises abdominales douloureuses. Mariée à 22 ans, elle a eu un enfant. Ses règles ont toujours été très douloureuses.

A l'examen, utérus baissé dans le vagin, en position horizontale, en arrière, on sent une masse kystique qui remplit le cul-de-sac de Douglas. Sur la paroi postérieure du vagin, on sent un petit kyste de la grosseur d'une lentille.

A l'examen au spéculum, on voit que ce kyste a un reflet bleuâtre ce qui évoque l'idée d'endométriose.

A l'intervention, endométriose du cul-de-sac de Douglas et à la face postérieure de l'isthme. Les deux ovaires renferment un kyste à contenu chocolat. Dans l'utérus deux petits myomes intramuraux.

Hystérectomie sub-totale. Ablation du kyste du vagin.

A ce niveau seulement l'examen histologique montre des lésions d'endométriase non douteuse. Sur les fragments utérins et ovariens envoyés au laboratoire on ne trouve pas d'endométriase alors que celle-ci ne semble cependant non douteuse.

OBSERVATION N° 29

Mme G..., 48 ans, entre dans le service pour une hyperménorrhée remontant à 18 mois ; jusqu'à cette époque les règles avaient été d'une remarquable régularité revenant ponctuellement tous les 21 jours, la malade accuse en outre des douleurs lombaires presque continues sans paroxysme menstruel, une dysurie intense avec constipation complète, enfin le tableau clinique.

Au toucher, on perçoit, au niveau de la corne gauche une petite tuméfaction qui a tous les caractères d'un myome. Des douleurs à allure typiquement ulcéreuses par leur siège et leur horaire ont fait pratiquer un examen radioscopique (Docteur Garin) qui élimine toute idée de lésion organique gastrique.

Intervention le 21 juin 1937, l'ovaire gauche contient un kyste du volume d'un œuf de poule dont il s'écoule au cours de la libération un liquide brunâtre suggérant l'idée d'endométriase. En outre, il existe des adhérences serrées entre l'S iliaque et l'isthme utérin et des petits points hémorragiques dans le Douglas.

Hystérectomie sub-totale sans conservation.

L'examen histologique (Professeur J.-F. Martin), confirme au niveau de l'isthme du péritoine pelvien et de l'ovaire la présence d'une endométriase indiscutable.

Parfois c'est un diagnostic clinique de salpingite pour lequel on intervient sans que rien ne fasse soupçonner l'endométriase, ainsi dans :

OBSERVATION N° 30

Mme X..., 28 ans, entre dans le service avec diagnostic d'annexite gauche. Elle accuse depuis quelque temps des irrégularités menstruelles et des douleurs pelviennes, vagues, diffuses et continues.

L'examen précise l'existence d'une annexite ancienne bilatérale flanquant un utérus en position horizontale.

Intervention le 30 décembre 1933. Il n'y a pas trace de salpingite. Les masses annexielles perçues sont constituées pas des kystes bilatéraux de l'ovaire adhérents à la face postérieure du paramètre et dont la libération montre la nature hématique

Castration unilatérale gauche. A droite, il est possible de conserver un fragment d'ovaire sain par résection sub-totale.

Le paramètre gauche est envahi au niveau de sa surface péritonéale par une induration noirâtre à allure d'endométriase qu'il est possible d'exciser sans trop de peine.

A l'examen histologique l'on retrouve les éléments caractéristiques de l'endométriase.

Les suites post-opératoires furent marquées par des poussées thermiques à 40° persistantes, difficiles à expliquer. L'attention est alors attirée par une adénopathie généralisée et la biopsie d'un ganglion axillaire révèle la présence de cellules de Sternberg (maladie de Hodgking).

La malade passe le 4 avril 1934 dans le service de M. le Professeur Favre. Il nous a été impossible de savoir ce qu'elle était devenue.

Les endométries associées de l'ovaire ne sont que difficilement diagnostiquées, le plus souvent l'existence d'une lésion évidente nous masque plus

que dans d'autres localisations l'affection causale, quoique les signes cliniques que l'on trouve nous obligent dans la plupart des cas à l'intervention et c'est au cours de l'opération qu'on reconnaîtra la participation de l'ovaire.

Mais ces formes associées avec une lésion évidente font souvent, si l'on ne soupçonne pas l'endométriose, passer à un tout second plan et traiter que l'affection gynécologique apparente, les signes cliniques spécifiques à l'endométriose restants très vagues, et les constatations du toucher fournissent le plus souvent une explication suffisante des troubles vagues accusés par la malade.

Voici quelques observations de ces endométrioses ovariennes associées.

OBSERVATION N° 31

Femme de 50 ans sans antécédents pathologiques. Elle vient consulter pour des douleurs menstruelles apparues longtemps après la puberté un an après un accouchement normal. Depuis peu hyperménorrhée qui motive l'admission.

L'examen rendu difficile par l'adiposité de la malade, montre un utérus augmenté de volume sans que l'on puisse préciser l'état des annexes.

Intervention le 23 janvier 1935. Utérus poly-fibromateux flanqué de deux masses ovariennes, mollasses, constituées par des kystes goudron bilatéraux.

A la face postérieure de l'isthme il existe une plage d'endométriose. Hystérectomie totale. Mikulicz.

L'examen histologique est confirmatif. Guérison.

OBSERVATION N° 32

Mme G..., 48 ans, présente depuis près d'un an une hyperménorrhée solitaire. Le toucher délimite un fibrome qui fait décider l'intervention (23 mars 1936) : outre un fibrome du fond du volume d'une mandarine, l'hystérectomie sub-totale permet l'exérèse d'une large plaque d'endométriose de l'isthme utérin. Sur la pièce, on découvre au niveau de l'ovaire droit des kystes chocolat de même nature histologique. Les suites opératoires étaient troublées par une phlébite à solution rapide ; la malade sort guérie le 23 janvier 1937.

OBSERVATION N° 33

Femme de 34 ans ; sans autre antécédent pathologique qu'une fièvre typhoïde il y a 4 ans et une fausse-couche il y a 8 mois. Elle vient pour des douleurs lombaires continues à paroxysme menstruelles peu net. Au toucher, rétroversion complète ; le fond utérin est bosselé et irrégulier. *Intervention le 16 novembre 1933.* Myome du fond du volume d'une noix. Un autre noyau au niveau de l'isthme est masqué par un kyste goudron de l'ovaire droit. Le ligament utéro-sacré droit et l'isthme présentent des taches bleutées d'endométrioses. Myomectomie castration droite, appendicectomie. L'examen histologique est concluant : il s'agit d'une endométriose ovarienne et utérine. En décembre 1938, 5 ans après l'intervention, les résultats sont pleinement satisfaisants, les menstruations régulières et indolores.

OBSERVATION N° 34

Malade de 45 ans, mariée depuis 10 ans, réglée régulièrement. Pas d'enfants, pas de dysménorrhée. Depuis

quelque temps elle présente des troubles anaphylactiques avec des œdème de Quinke, migraines, dysménorrhée récente. A l'examen, utérus en rétroversion, gros, paraissant présenter un petit myome sur sa face postérieure.

A l'intervention, 28 octobre 1937, ablation de l'appendice ; un petit nodule de la pointe à l'aspect tube culeux. L'utérus est en rétroversion. L'ovaire droit renferme un kyste à contenu goudron du volume d'une noisette, la face postérieure de l'isthme utérin adhère au rectum ce qui fait penser à l'endométriose. Hystérectomie subtotale sans conservation.

A l'examen histologique : endométriose de l'ovaire et de l'utérus. Guérison.

OBSERVATION N° 35

Mlle R..., 27 ans, vient consulter pour dysménorrhée remontant à la puberté et durant les 4 jours des règles. Au toucher, petite masse au niveau de la corne droite. *Intervention 16 novembre 1938.* L'ovaire droit, peu augmenté de volume adhère au paramètre. Il s'en écoule quelques gouttes de liquide chocolat au cours de la libération. Dans le Douglas, petit noyau d'endométriose. Résection du nerf présacré, castration droite.

L'examen histologique est positif, les règles de décembre ont été indolores, mais les résultats sont très récents.

OBSERVATION N° 36

Femme de 46 ans, réglée toujours très régulièrement sans dysménorrhée, mariée à 34 ans, elle n'a pas d'enfants. Elle vient consulter en raison de l'augmentation du volume du ventre dans lequel l'examen révèle l'exis-

tence d'un volumineux fibrome. *Intervention le 6 octobre 1938.* Utérus polymyomateux, avec un noyau sous-péritonéal tordu. Annexes des deux côtés adhérents à l'utérus. A droite petit hématosalpinx, à gauche l'ovaire porte trois petits kystes noirâtres.

Hystérectomie subtotale sans conservation.

L'examen histologique confirme l'endométriose de l'ovaire et on ne retrouve sur la trompe, qu'une infiltration hémorragique de la paroi sans aucune formation endométriale.

Guérison.

Si l'endométriose utérine est très fréquemment associée à une lésion qui explique la symptomatologie présentée par la malade, c'est dans les cas de myome où le diagnostic d'endométriose n'est souvent qu'une découverte au cours de l'opération : la dysménorrhée, les métrorragies et les signes que le toucher révélera nous feront opérer pour un myome. La coexistence de l'endométriose dans les myomes utérins est très fréquemment observée; dernièrement Dougal donnait des chiffres assez impressionnants, où le résultat de ses statistiques lui permet de dire que le tiers des cas de fibrome présente de l'endométriose.

Sans arriver à ces chiffres, nous croyons que l'endométriose est fréquemment associée aux myomes de l'utérus.

Dans les 33 cas où nous avons trouvé des endométrioses localisées avec lésions associées, le myome utérin existait dans 15 des cas, soit presque la moitié.

Le diagnostic est particulièrement difficile dans ces cas, néanmoins, quelques symptômes peuvent don-

ner l'éveil. La rareté des douleurs menstruelles dans les myomes vrais doit nous faire penser à une adénomyomatose.

Les malades viennent consulter pour des métrorragies avec une légère dysménorrhée, on comprend la difficulté du diagnostic de la coexistence de l'endométriase.

Voici quelques observations de myome associé à de l'endométriase où l'on verra par la symptomatologie la difficulté du diagnostic.

OBSERVATION N° 37

Mme C..., 48 ans, est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de fibrome.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, à type 26/3, la malade a eu deux enfants et 3 fausses-couches, la dernière il y a 9 ans.

Depuis un an, la malade ressent des troubles douloureux vagues dans le bas ventre, les règles ne sont pas augmentées, mais légèrement douloureuses. Elle a présenté des phénomènes de cystalgie qui ont peu duré. Actuellement, on note une hypertrophie thyroïdienne sans tachycardie, ni exophtalmie.

Le toucher nous permet de sentir un utérus volumineux dont le fond remonte à 2 doigts au-dessus de l'ombilic, bosselé, irrégulier, donnant l'impression d'un utérus polyfibromateux.

L'intervention pratiquée le 23 avril 1936, nous amène à faire l'ablation d'un myome en voie de nécrobiose, le reste de l'utérus présente des signes d'hypertrophie diffuse. Il conserve après l'ablation du myome un volume presque d'un poing ce qui amène à faire une hystérectomie subtotale.

L'examen histologique nous montre des lésions d'adénomyome caractéristique.

OBSERVATION N° 38

Mme J..., 44 ans.

Envoyée avec le diagnostic de fibrome avec hyperménorrhée. A eu une fausse-couche en 1917. Les quatre dernières menstruations ont été douloureuses.

Au toucher : utérus gros, remontant à trois doigts au-dessus de la symphyse. Fond globuleux donnant l'impression d'un myome unique.

Intervention le 22 juin 1933.

Rachi-anesthésie. Incision de Pfannenstiel. Utérus du volume d'un utérus gravide de deux mois environ. Le fond très dur renferme un myome énucléable, mais au niveau de la paroi postérieure la palpation montre l'existence d'autres noyaux diffus non énucléables. Annexes saines.

Hystérectomie abdominale totale.

A l'examen histologique de la pièce : adénomyomatose.

OBSERVATION N° 39

Malade de 43 ans qui vient à l'hôpital pour des métrorragies persistant depuis 8 mois environ, s'accompagnant de douleurs.

Dans ses antécédents, l'on trouve une immobilisation de 6 mois à l'âge de 13 ans pour une lordose vertébrale, une appendicite opérée à 18 ans et une fièvre typhoïde à l'âge de 27 ans.

Réglée à 15 ans, du type 28/7. Les règles ont toujours été douloureuses, nécessitant parfois le repos. Elle a eu un enfant, pas de fausse-couche, la dernière grosses-

se remonte à 11 ans. L'affection actuelle remonte à 8 mois, époque à laquelle la malade a vu ses règles se rapprocher, survenir toutes les 3 semaines, puis elles sont devenues continues avec augmentation il y a un mois, où elle a eu une métrorragie assez abondante ayant duré 3 jours. Cette augmentation peut correspondre aux périodes des règles.

Le toucher donne à l'examen un utérus en position horizontale, assez irrégulier à sa surface ; on a l'impression que l'utérus de petit volume est soulevé par une masse postérieure bosselée, irrégulière. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un myome postérieur ou d'une tumeur pelvienne.

Intervention le 9 juin 1936.

Raché-anesthésie. Incision de Pfannenstiël.

Les lésions correspondent au toucher : petit myome postérieur soulevant l'utérus, myomectomie. Ablation d'un noyau bilobé en sablier du volume d'un œuf de poule. Péritonisation avec le péritoine antérieur. Fixation ligamentaire.

Les deux ovaires sont sclérokystiques, ils ne présentent aucun follicule, ni aucun corps jaune en évolution.

Examen de la pièce : le noyau présente à la coupe des cavités d'endométriase.

Examen anatomo-pathologique : endométriase utérine.

La malade revue le mois de décembre 1938, elle présente des règles régulières, non douloureuses, d'une abondance normale. Elle n'a pas de pertes en dehors des règles et accuse seulement une légère douleur après les règles.

OBSERVATION N° 40

Malade de 39 ans, vient consulter une première fois en décembre 1924 pour violentes douleurs pelviennes et lombaires.

Réglée à 18 ans, douloureuses dès leur début, elles duraient de 7 à 8 jours, et étaient très abondantes.

Il y a un an et demi, les règles diminuèrent considérablement de durée, chaque période menstruelle est passée de 8 jours à 2 jours qu'elle dure actuellement, avec grosse hémorragie et dysménorrhée marquée.

Il y a 8 mois, fausse-couche de 3 mois et c'est depuis que débutent les accidents qui l'amènent à consulter.

Une dysménorrhée très marquée est apparue, obligeant la malade à s'aliter pendant ses règles. Leucorrhée abondante.

Les douleurs surtout à droite durent 4 à 5 jours et ne s'accompagnent ni de vomissements, ni de température.

A l'examen, ventre douloureux surtout à la fosse iliaque droite.

Toucher : col un peu gros, douloureux, le fond utérin est difficilement perceptible. A gauche, petite masse douloureuse et indépendante de l'utérus.

A droite : toucher négatif.

Intervention le 6 décembre 1924, on note :

Ovarite sclérokystique typique avec kyste de la grosseur d'une noisette sur l'ovaire droit, congestion intense des veines du bassin. Utérus très mobile. Ovaire gauche peu altéré. Résection du kyste de l'ovaire droit. Sympathectomie hypogastrique bilatérale portant sur la gaine artérielle et sur le tissu situé en dedans, dans lequel on voit quelques tissus nerveux.

Fixation ligamentaire.

Suites opératoires très bonnes. La malade quitte le service 10 jours après.

Trois mois après, la malade entre d'urgence pour douleur à la fosse iliaque gauche, avec hémorragies. Le toucher donne une masse dans le cul-de-sac gauche. Repos au lit, glace sur le ventre ; l'hémorragie s'arrête.

Revue le 5 novembre 1927, 3 ans après, la malade a accouché il y a 5 mois et va très bien.

En 1932, crise de pelvi-péritonite traitée par le repos. Glace sur le ventre et tout rentre dans l'ordre.

En juin 1938 : le 25 juin, la malade a ses règles qui durent un jour.

Le 3 juillet, pendant 2 jours, frissons, sudation abondante ; la malade est obligé de garder le lit.

Le 5 juillet : hémorragie abondante avec caillots qui dure 8 jours. En même temps, douleurs pelviennes à type colique. Pertes blanches abondantes. Elle rentre alors à l'hôpital.

A l'examen : abdomen souple, un peu douloureux, surtout à gauche.

Au toucher du 19 juillet, on sent à droite et en arrière, une masse kystique qui soulève l'utérus et donne l'impression d'une ovarite volumineuse descendant dans le Douglas. Muqueuse vaginale mobile.

La ponction de la masse vaginale donne 60 à 80 centimètres cubes de liquide jaunâtre très fibrineux.

Le 22 juillet 1938, intervention :

Incision au niveau de l'ancienne cicatrice.

A droite : salpingite chronique, trompe épaissie, fermée ; ovaire kystique.

A gauche : hydrosalpinx avec ovaire sclérokystique.

Castration totale à droite. Salpingectomie à gauche.

Examen de la pièce : A droite, salpingite chronique, paroi épaissie, œdémateuse non suppurée. L'ovaire montre une coque épaissie, avec petite poche remplie d'un liquide séreux. A gauche, hydrosalpinx banal.

L'ovaire laissé en place est assez déformé, polykystique et montre cependant un corps jaune.

Au niveau de l'utérus, on découvre, au niveau de la paroi postérieure un épaississement donnant l'impression d'un myome.

L'incision exploratrice à ce niveau montre que ce noyau n'est pas encapsulé. Adénomyomatose probable. Excision au bistouri.

L'examen histologique de la paroi utérine nous répond :
adénomyomatose.

Guérison.

OBSERVATION N° 41

P..., 45 ans.

Vient pour des troubles urinaires.

Réglée à 11 ans, régulièrement tous les mois. Ses règles étaient douloureuses le premier jour, mais cette sensation a cessé depuis six mois.

L'affection actuelle remonte à 10 mois, caractérisée uniquement par des sensations de brûlure à la miction et une pollakiurie assez marquée, jamais de rétention.

Elle n'est pas mariée, n'a eu ni enfant, ni fausse-couche.

Le toucher nous permet de sentir un utérus irrégulier, avec un myome.

L'intervention pratiquée le 22 septembre 1936, nous montre un fond utérin bourré de noyaux très volumineux et nombreux. En outre, de cela il existe un myome à la face antérieure de l'isthme et un autre à la face postérieure.

Résection de l'ovaire droit suspect d'endométriase.

Hystérectomie subtotale avec conservation des annexes et ablation secondaire des 2 myomes précédemment indiqués.

Péritonisation avec péritoine vésical. Ablation du nerf présacré.

Examen de la pièce : le fond utérin réséqué est du volume d'une petite orange, on compte 7 noyaux. L'un de ceux-ci pédiculé présente un aspect truffé qui fait penser à l'endométriase.

L'examen histopathologique nous répond que le myome sous-péritonéal présente des lésions d'endométriase.

Les fragments de paroi utérine envoyés, présentent plusieurs nodules bien limités de lésomyome à évolution fibroïde mais pas de lésions d'endométriose.

**6° Formes se manifestant sous l'aspect de récidence
dans une opération conservatrice**

Il est des cas où l'endométriose n'intervient que très légèrement dans les troubles présentés par une malade et qu'elle soit méconnue, même à l'intervention, l'endométriose continuant à évoluer on sera obligé de réintervenir pour traiter l'affection qui continue à donner des troubles.

Mais en général, dans ces cas de réintervention, c'est plutôt la récidence d'une endométriose pour laquelle on a été conservateur lors de la première intervention qui obligent la nouvelle opération.

Voici deux cas assez caractéristiques :

OBSERVATION N° 42

Mme X..., 37 ans, mère de trois enfants, qui souffre depuis quelques mois d'une dysménorrhée violente et des règles très abondantes.

Au toucher, le fond utérin présente une déformation qui donne l'impression d'un myome. En raison des renseignements fournis par l'interrogatoire, on fait des réserves sur l'existence possible d'adénomyomatose.

Avertie de la difficulté de la conservation si cette hypothèse se vérifiait, la malade insiste pour qu'on évite à tout prix une castration.

L'intervention faite le 25 janvier 1935, montre l'existence d'un kyste hématique de l'ovaire droit, adhérent à la face postérieure de l'utérus (ce qui avait fait croire à un myome). Castration unilatérale droite. L'ovaire gauche est sain.

L'examen histologique (Professeur Noël) montre qu'il s'agit bien d'une endométriose.

Pendant six mois, les règles sont absolument indolores, mais rapidement, elles redeviennent si pénibles que 15 mois plus tard, il faut intervenir à nouveau. Cette fois encore, la malade supplie de faire le maximum de conservation possible. Son ménage est fragile à aucun prix elle ne veut être castrée par crainte d'une rupture.

Le 7 mai 1936, on découvre un kyste brunâtre de l'ovaire gauche, qui peut être enlevé en laissant en place un fragment de parenchyme suffisant pour amener la persistance de la menstruation.

Pendant un an, la malade va tout à fait bien, mais ensuite elle se remet à souffrir ; les douleurs ont même tendance à devenir continues et l'examen montre que le fragment d'ovaire laissé en place est devenu kystique.

Aussi, le 7 septembre 1937, pratique-t-on une kystérectomie sub-totale Sur l'ovaire kystique, il n'y a pas de récurrence d'endométriose, mais au niveau de l'utérus, l'examen histologique révèle l'existence d'îlots d'endométriose non douteux.

A la suite de cette intervention, la malade est restée complètement guérie.

OBSERVATION N° 43

Le deuxième cas, est celui de Mme J..., âgée de 24 ans, mariée depuis un an environ, et qui a été opérée avec le diagnostic d'annexite chronique bilatérale.

Les douleurs avaient débuté dès après le mariage.

Réglée à 13 ans, très régulièrement, la malade n'avait jamais eu de règles douloureuses.

L'intervention pratiquée le 6 juillet 1937, montre la présence d'un utérus bifide à deux corps indépendants.

A l'utérus droit est appendu un kyste de l'ovaire droit, du volume d'une orange faisant saillie dans le Douglas et renfermant un liquide chocolat. L'ovaire gauche présente à sa surface plusieurs petits kystes lenticulaires à allure d'endométriase. Des deux côtés, on laisse un petit fragment d'ovaire qui paraît d'ailleurs complètement sain. Les deux corps utérins ont un volume à peu près égal ; à leur surface, on ne remarque rien d'anormal.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'endométriase.

Quand la malade regagna le Maroc où elle habitait, deux mois après l'intervention, elle allait bien; mais au mois de juillet dernier, elle revint nous trouver parce qu'elle souffrait presque continuellement du ventre. Connaissant la nature des lésions qu'elle présentait, nous lui proposons immédiatement la castration qu'elle nous avait l'année précédente demandé d'éviter.

Au cours de cette intervention itérative, nous avons pu constater que le fragment d'ovaire laissé en place était devenu polykystique, mais en outre de cela, nous avons vu que l'hémi-utérus gauche ne communiquait pas avec le col. Il était le siège d'une petite hématométrie et, au niveau de l'isthme, il présentait de l'adénomyomatose. Chose curieuse, dans ce cas-là, la petite hématométrie qui existait à gauche, n'avait jamais provoqué la moindre douleur menstruelle, ce qui explique qu'elle ait échappé au cours de la première intervention. Seul l'hémi-utérus droit s'ouvrait dans le vagin.

La multiplicité des lésions explique bien l'échec de l'intervention conservatrice pratiquée un an auparavant. Actuellement, la malade est complètement guérie.

Il n'est pas exceptionnel qu'on laisse passer une endométriose au cours d'une intervention. Si l'on n'a pas l'attention attirée systématiquement vers cette fréquente affection, l'existence de petits kystes godrons, presque microscopiques sur la surface d'un ovaire nous la font méconnaître et c'est au cours d'une nouvelle opération que le diagnostic sera fait.

En voici un exemple :

OBSERVATION N° 44

Mlle C..., 27 ans, a été opérée il y a 5 ans d'une rétroversion douloureuse traitée par fixation ligamentaire et appendicectomie. L'amélioration ne fut que transitoire. Depuis quelques mois, la dysménorrhée est extrêmement violente obligeant la malade à se coucher. Il existe en outre des douleurs intermenstruelles à irradiations crurales, de la pollakiurie, avec dysurie. L'utérus est en rétroversion complète, les annexes perçues des deux côtés.

L'intervention, 27 janvier 1934, l'utérus en rétroversion, légèrement adhérent, est surmonté d'une périovarite bilatérale plus intense à gauche. Le pavillon tubaire des deux côtés présente des adhérences lâches de ses franges. Résection du nerf présacré, cloisonnement du Douglas très profond, isophénolisation des pédicules lombo-ovariens. Fixation ligamentaire.

Examen histologique confirmatif.

La malade a été revue depuis : enceinte de deux mois. Elle n'a pas répondu à notre dernière enquête mais les renseignements obtenus lors de sa grossesse, permettent de considérer les résultats fonctionnels comme excellents.

CHAPITRE II

Evolution de l'endométriase

On a cru, à un moment donné, que l'endométriase génitale pouvait se transformer en tumeur maligne. Les caractères envahissants de l'endomètre aberrant et ses aspects de greffe à distance pouvaient faire penser à une fréquence considérable de transformations malignes.

Cette idée qui a régné dans les débuts des travaux sur l'endométriase avait comme résultat un radicalisme opératoire exagéré qui persiste encore dans quelques services hospitaliers.

Si bien, il n'y a pas de guérison de l'endométriase, la dégénérescence maligne n'existe pas, elle a été exceptionnellement observée par certains auteurs, mais on ne peut incriminer l'endométriase dans le déterminisme des tumeurs malignes présentées par certaines malades chez lesquelles le cancer coexiste avec une endométriase antérieure.

L'évolution de l'endométriase peut être arrêtée par un phénomène naturel, la ménopause, mais en dehors de ce cas, la guérison n'existe pas.

L'endométriase qui peut exister à partir de la puberté ne donne pas forcément des troubles dès son apparition.

Pendant longtemps, l'endométriose peut exister à un état latent, rester même entièrement méconnue, comme nous l'avons vu dans une de nos observations.

OBSERVATION N° 45

Jeune femme de 30 ans mariée depuis 5 ans vient consulter parce qu'elle n'a pas d'enfant. Elle a toujours été réglée régulièrement et n'a jamais accusé le moindre trouble de l'appareil génital.

L'examen gynécologique révèle chez elle, l'existence d'une rétroversion complète, pour laquelle nous conseillons une fixation ligamentaire en raison de l'état social de la malade qui est appelée à partir en Perse pour trois années.

A l'intervention, on trouve au niveau de l'ovaire droit, un petit kyste lenticulaire à contenu noirâtre qu'on résèque et dont l'examen histologique révèle la nature endométriale. L'endométriose n'a été ici qu'une surprise opératoire ; rien ne laissait penser à elle et l'unique symptomatologie fonctionnelle se réduisait à une stérilité qui n'est d'ailleurs probablement par le fait de cette petite lésion ovarienne.

L'endométriose qui peut être à son début latente n'en continue pas moins à proliférer, va finir par s'attaquer à des tissus qui réagiront devant la greffe endométriale, par la douleur que chaque période menstruelle avec la mise en tension du tissu endométrial va provoquer. C'est ainsi que la dysménorrhée classique de l'endométriose apparaîtra.

Cette dysménorrhée peut continuer pendant longtemps à un léger degré, puis brusquement dans quel-

ques cas, changer de modalité et devenir très violente.

C'est une influence hormonale, croyons-nous, qui a occasionné cette brusque prolifération d'un tissu d'endomètre aberrant. Philipp a signalé l'influence hormonale certaine qui existe, puisque à un moment donné il a montré que l'injection de folliculine et corps jaune provoque une sensibilité spéciale à la pression des foyers d'endométriose. Ceci n'est pas d'ailleurs absolu et ne peut malheureusement servir pour un diagnostic.

Il existe une localisation de l'endométriose qui présente une évolution un peu spéciale, c'est l'adénomyomatose recto-vaginale qui, pour Seitz, Philipp et d'autres, est plus grave, étant donné que dans quelques cas, la castration ne suffit pas à arrêter le caractère progressif de la maladie. La dégénérescence histologique de la tumeur restant toujours exceptionnelle.

A Lyon, MM. le Professeur Santy et Michon se sont occupés de cette localisation et proposent l'ablation en masse de la tumeur; nous n'avons vu dans le Service de M. le Professeur Cotte que quelques rares cas de cet ordre et ils étaient peu avancés; l'hystérectomie subtotale a suffi pour arrêter l'évolution de la maladie.

Conclusions de l'étude anatomo-clinique de l'endométriose

Nous pouvons dire, comme conclusions à l'étude anatomo-clinique qu'il existe une superposition certaine entre la symptomatologie présentée par la malade et la constatation opératoire. Nous la trouvons dans plus de 50 pour cent des cas.

Il faut donc, en pratique, retenir les notions suivantes :

1° Il existe une possibilité de latence absolue de l'endométriose. Les signes cliniques peuvent manquer totalement, exister si faiblement, que la malade ne s'en plaint pas et seulement un interrogatoire serré permettra de les trouver, ou bien l'endométriose passe à un tout second plan devant la symptomatologie spécifique à une autre affection gynécologique.

2° Fréquemment, on est dans l'impossibilité de faire un diagnostic devant l'extrême variété des signes relevés par les antécédents et l'interrogatoire et le manque de précision du toucher vaginal.

3° Le diagnostic exact ne peut donc être fait qu'une fois la laparotomie faite, c'est à ce moment que le chirurgien devra bien reconnaître l'affection en cause, afin du choix des indications thérapeutiques.

4° Le bilan opératoire des lésions doit être poussé à fond et suspecter toujours l'existence d'une lésion masquée d'endométriose afin de ne pas méconnaître l'affection.

5° L'endométriose n'est pas une tumeur maligne, mais il existe une fréquence au moins classique des récidives.

CHAPITRE III

LES METHODES THERAPEUTIQUES

I. — Méthodes médicales

Le traitement non sanglant de l'endométriome est basé essentiellement sur la notion que la ménopause spontanée ou provoquée arrête l'évolution de l'affection.

Cette méthode paraît à un premier abord la plus simple et la plus justifiable, puisque les îlots hétérotypiques d'endométriome subissent la même activation par les hormones ovariennes que la muqueuse utérine, la ménopause provoquée constitue une méthode de castration sans le danger de l'intervention.

Le traitement non sanglant de l'endométriome basé sur la castration sèche est effectué par les moyens physiques. Deux modalités dans cette ménopause provoquée peuvent être utilisées : soit la radiothérapie, soit la radiumthérapie.

Nous n'avons chez aucune de nos malades effectué le traitement par les moyens physiques, la castration par les rayons constitue une méthode de traitement aveugle et qui écarte toute possibilité de conservation.

Nous savons le grand nombre des endométrioses associées à d'autres troubles, où elles ne tiennent qu'une place minime dans le déterminisme des symptômes présentés par la malade. La castration par les rayons, si elle peut donner la guérison, est vraiment trop radicale et les troubles de castration présentés par la malade seront peut-être presque aussi gênants pour elle que ne l'était l'endométriose.

A la préménopause, ces arguments perdent beaucoup de leur valeur, le traitement chirurgical, par lequel on se rendra compte exactement de la nature et l'étendue des lésions est préférable; le diagnostic exact de l'endométriose n'est pas toujours fait, elle peut coexister avec une lésion maligne, masquer pendant un certain temps l'affection grave pour laquelle un traitement précoce et nettement dirigé donnera des chances de guérison à la malade.

Certains auteurs préfèrent la radiothérapie dans le traitement des localisations difficiles à atteindre chirurgicalement et diagnostiquées, l'endométriose de la cloison recto-vaginale rentre dans ce cadre. Nous croyons que dans ces localisations spéciales, une castration chirurgicale, après contrôle exact des lésions est meilleure.

Albrecht, Moulonguet et d'autres auteurs, préconisent le traitement par les rayons X, à une dose n'atteignant pas la castration définitive; la radiothérapie modifierait le fonctionnement défectueux de l'ovaire et à la reprise de l'activité ovarienne, la malade serait soulagée.

Pour nous le diagnostic de l'endométriase restant dans le plus grand nombre des cas, une constatation opératoire, le traitement aux rayons ne s'impose pas et s'il est nécessaire d'effectuer une castration, une fois la laparotomie faite, la castration chirurgicale est toute indiquée.

II. — Méthodes chirurgicales

Le traitement chirurgical de l'endométriase est basé sur deux principes :

1° Enlever les lésions d'endométriase, mais laissant à la malade un appareil génital en fonctionnement et factible de grossesses ultérieures.

2° Détruire l'évolution du tissu endométrial par une castration simple.

A. — Les méthodes radicales

1° LA CASTRATION BILATÉRALE.

La castration bilatérale arrête l'évolution de l'endométriase dans une endométriase à localisations multiples et un appareil génital sain elle s'impose. Quand on ne peut faire une conservation, étant donné l'étendue des lésions, l'ablation des annexes est nécessaire, elle suffira presque dans tous les cas de cet ordre pour amener une guérison complète et totale.

2° LA CASTRATION BILATÉRALE AVEC HYSTÉRECTOMIE.

L'hystérectomie systématique a été préconisée par quelques chirurgiens, Dougal entre autres, lorsque la conservation n'est pas possible, ou bien par ceux qui pensent que l'endométriose doit être traitée presque comme une tumeur maligne, étant donné ses particularités envahissantes qu'elle peut présenter.

Quand le traitement radical est nécessaire, nous ne voyons pas la raison de compléter la castration par une hystérectomie. L'utérus sain restant en place, continue à jouer un rôle dans la statistique des organes du petit bassin et l'effet psychique sur la malade castrée est moindre que dans les cas où l'on a tout enlevé.

La conservation de l'utérus a bien plus d'avantages que d'inconvénients et la transformation maligne en adénocarcinome n'a pas été démontrée.

Notre Maître, M. le Professeur Cotte, réserve les méthodes radicales avec hystérectomie aux cas où la conservation est impossible et à ceux où l'utérus est atteint d'une lésion associée : fibrome par exemple.

Les inconvénients de ces méthodes radicales sont certains, la ménopause provoquée constitue un trouble grave pour la vie d'une femme, et si, bien fréquemment les symptômes qui l'amènent à consulter sont très sérieux, il est des cas où les troubles qu'elle présente équivalent ou même sont inférieurs à ceux qu'elle présentera avec la castration.

Vouloir faire une hystérectomie dans tous les cas d'endométriase génitale, constitue une mutilation parfois trop importante pour la faible intensité des troubles. La castration avec hystérectomie systématique présente même dans bien des cas, une difficulté opératoire étant donné les adhérences fréquentes que l'on trouve lors des interventions où l'endométriase est en cause.

B. — Les méthodes conservatrices

Au contraire des méthodes radicales, le traitement conservateur a pour but de garder tout ce qui n'est pas envahi par l'endométriase.

Les modalités thérapeutiques qui s'ensuivent sont extrêmement variables et doivent s'adapter aux différentes localisations.

1° POUR L'UTÉRUS.

Il est très difficile de faire une opération conservatrice dans les cas d'endométriase utérine, car très souvent on est en présence d'un cas d'adénomyomatose plus ou moins diffuse qui nécessite en général l'hystérectomie.

Cependant, il existe des cas où la lésion est circonscrite, nous avons trouvé cette disposition favorable deux fois.

La tumeur n'est pas énucléable facilement, car il n'y a pas de plan de clivage, on est obligé de résé-

quer en taillant à vif dans la paroi utérine. Cette thérapeutique conservatrice est susceptible de donner d'excellents résultats fonctionnels.

Dans deux observations de M. le Professeur Cotte, les résultats sont parfaits.

Le premier cas est celui d'une jeune fille opérée à 18 ans et qui, actuellement, six ans après l'intervention, va très bien et n'a jamais eu depuis de règles douloureuses.

Le deuxième cas est celui d'une jeune femme de 25 ans, qu'une endométriose circonscrite de l'utérus n'avait pas empêché d'avoir une grossesse. L'exérèse de la zone d'endométriose a donné un très bon résultat, les douleurs menstruelles atroces qui duraient depuis la puberté ont disparu.

L'adénomyomatose n'est pas toujours généralisée et lorsqu'elle est localisée au niveau du fond par exemple, l'isthme étant respecté, l'opération conservatrice peut se faire, une hystérectomie sub-totale haute avec conservation d'un ou des deux ovaires ne permettra pas la possibilité de grossesses, mais laissant persister au moins une ébauche de menstruation, on évite ainsi les inconvénients de la castration.

2° TROMPES.

L'endométriose tubaire unilatérale sera traitée par une salpingectomie, toute une gamme d'interventions sont possibles, allant de la salpingectomie unilatérale

à la conservation de l'utérus et de l'ovaire greffé dans sa cavité comme nous le verrons plus loin.

3° OVAIRE.

L'endométriase unilatérale relève de la castration unilatérale avec conservation du côté sain.

L'endométriase ovarienne bilatérale présente parfois un côté très peu atteint; en essayant la chirurgie conservatrice, on est souvent tenté d'enlever le côté très malade et de réséquer une partie de l'ovaire le moins atteint. Néanmoins il existe une relative fréquence de récidives dans les opérations conservatrices de l'ovaire, quoique l'on peut essayer à faire une conservation, et à traiter par les moyens physiques la récidive.

4° LE PÉRITOINE.

Quand le péritoine est atteint, on doit essayer, si les plages endométriales ne sont pas trop étendues, de faire leur exérèse même incomplète et chercher la lésion associée, le plus fréquemment une endométriase ovarienne, enlever l'ovaire atteint si c'est unilatéral. L'endométriase péritonéale en elle-même n'a que très rarement de signification pathologique.

C. — Objections faites au traitement conservateur

Le traitement non mutilant de l'endométriase génitale trouve encore beaucoup d'adeptes. Les objec-

tions qu'on fait à la méthode conservatrice sont basées sur la méconnaissance opératoire d'une localisation, l'endométriose n'étant pas toujours facile à déceler, même à l'opération, et on ferme la paroi abdominale laissant à la malade une lésion en évolution.

Mais c'est surtout la fréquence de récidives et la tendance envahissante qui inclinent certains chirurgiens à l'intervention radicale.

Les raisons qui existaient il y a quelques années où l'on croyait à la dégénérescence maligne possible de l'endométriose sont écartées aujourd'hui que l'on sait que l'endométriose est une affection non maligne et qui ne se dégénère pas.

Avantages de la méthode conservatrice

Les avantages de la conservation sont nombreux. l'endométriose n'est pas une affection suffisamment grave dans nombre de cas pour justifier une castration qui amène des troubles de la ménopause, qui en dehors de l'absence de grossesse possible sont très gênants pour la malade, et qui même peuvent arriver à être plus graves que ceux présentés par l'endométriose.

La récidive, malgré l'opinion de certains auteurs qui la considèrent presque de règle n'est pas fréquente, sauf peut-être dans la localisation ovarienne; nous l'avons observée deux fois dans 7 malades chez lesquelles on a pratiqué une conservation dans ces conditions.

La réintervention où les méthodes physiques de castration soulagèrent ces malades auxquelles on a essayé de conserver leur fonction reproductrice dans la première opération.

Les indications thérapeutiques

A. — Indications opératoires

Une indication opératoire exacte ne peut se poser avant l'intervention, nous avons vu le grand nombre de cas où l'endométriose ne constitue qu'une découverte opératoire. Ces cas sont les plus souvent ceux où une lésion associée existe, c'est en vue de cette affection que l'intervention a été décidée, mais en trouvant l'endométriose il faudra faire la part exacte de chaque lésion et choisir la conduite thérapeutique appropriée à chaque cas comme nous le décrirons plus loin.

Mais quand l'endométriose est soupçonnée, de par l'existence d'une dysménorrhée tardive, comme nous l'avons expliqué dans cette étude, il y a une indication formelle à l'intervention, en vue d'arrêter une affection dont l'évolution pourra donner à la longue des troubles plus graves et pour lesquels le traitement devra être alors plus mutilant que ne l'aurait été une opération faite au début de la maladie.

B. — Indications du procédé thérapeutique

1° AUCUNE HÉSITATION A UNE INTERVENTION RADICALE DANS LE CAS D'UNE ENDOMÉTRIOSE DIFFUSE ET SOLITAIRE, les troubles présentés par la malade étant dus à l'endométrieose et il est trop difficile, sinon impossible d'enlever les foyers multiples d'endométrieose, une exérèse des deux ovaires sera nécessaire.

La question peut se poser dans ces cas, de compléter l'hystérectomie systématiquement, nous ne croyons pas que l'ablation de l'utérus doive être considérée comme nécessaire, tout au contraire, il faut s'efforcer de garder un utérus qui à tout point de vue ne peut avoir qu'avantages à rester en place et aucun inconvénient.

Dans le cas d'une endométrieose silencieuse, les autres lésions expliquent facilement les troubles pour lesquels l'on a d'ailleurs intervenu, l'endométrieose n'était pas en cause dans la symptomatologie, on ne saurait être radical dans ces formes qui le plus souvent sont péritonéales et qui n'évolueront que rarement.

On traitera la lésion qui est en cause dans les troubles présentés par la malade et on s'efforcera à un traitement conservateur.

Cependant l'endométrieose doit pousser à être plus radical chez une malade âgée, car les risques de récidives interviennent alors pour guider le choix de la technique à suivre.

2° LES CAS QUI OFFRENT AU CONTRAIRE MOTIF A DISCUSSION.

Endométriose localisée. — Pour nous, il n'y a pas de traitement radical de l'endométriose localisée sauf les cas où l'étendue de la lésion amènerait des troubles si on ne l'enlevait pas, étant donné la difficulté opératoire d'un traitement conservateur.

On distinguera différents cas cliniques, en se basant sur les localisations.

Endométriose utérine.

L'endométriose utérine sera traitée le plus souvent par l'hystérectomie sauf les cas rares où la lésion est très circonscrite et dont nous avons parlé dans le précédent chapitre.

Endométriose ovarienne.

L'endométriose ovarienne, nous l'avons vu, sera traitée par le traitement conservateur si l'affection est unilatérale, et on essaiera sachant les risques de récides fréquents, de faire malgré tout, un traitement conservateur dans l'endométriose ovarienne bilatérale si un ovaire n'est pas trop envahi et que l'on a l'impression qu'une portion de la glande est saine.

Lorsque l'endométriose ovarienne est associée à une lésion utérine, il faut tenir compte de toute une série de facteurs.

Si la femme a dépassé la quarantaine et qu'un myome constitue la lésion prédominante, le traite-

ment sera radical, mais s'il s'agit d'une jeune femme, la conservation doit être essayée, l'observation n° 33 prouve les résultats satisfaisants que l'on peut avoir.

Endométriose tubaire.

L'endométriose tubaire relève presque toujours du traitement conservateur.

Quand la lésion est unilatérale, nous croyons préférable d'avoir recours à la castration de ce côté. La salpingectomie respecte inutilement l'ovaire puisque l'autre côté est sain et elle risque de déterminer malgré toutes les précautions techniques, des troubles de vascularisation de l'ovaire correspondant et en essayant la conservation au risque de manquer son but.

De même quand les deux trompes sont atteintes, nous croyons que la salpingectomie bilatérale est à conseiller pour les mêmes raisons au profit de la conservation d'un ovaire et de l'utérus. Quand d'ailleurs l'intégrité ovarienne d'un côté n'est pas certaine les exigences de la thérapeutique conservatrice sont bien respectées par cette dernière technique, quitte à implanter l'ovaire dans la cavité utérine pour donner à des malades jeunes, tous les bienfaits possibles de conception.

Adénomyomes recto-vaginaux.

Les adénomyomes recto-vaginaux constituent une localisation où le traitement conservateur est impossible, il faut enrayer une affection qui évolue gravement par les tissus qu'elle envahit.

Nous ne sommes toutefois pas partisan de l'exérèse totale et en masse de la tumeur proposée par certains auteurs, car nous croyons qu'il est inutile de faire une intervention si grave, alors qu'une castration suffit à arrêter.

Si toutefois, il existe des troubles de compression, on essaiera de libérer l'utérus qui est en général fortement adhérent à la paroi postérieure et faire une hystérectomie, ainsi les troubles mécaniques sur le rectum seront évités. Mais le plus souvent la simple castration suffira.

Néanmoins, l'on a vu un certain nombre de ces adénomyomes recto-vaginaux continuer à évoluer après la castration, nécessitant une radio ou une radiumthérapie ultérieure pour calmer tous les troubles (Chydemius).

3° LES INDICATIONS EN CAS DE RÉCIDIVES.

C'est dans les cas de récidives que le traitement non sanglant, par les moyens physiques peut prendre la valeur que certains lui donnent dans tous les cas.

Quand après une première intervention où l'on a trouvé une endométriose et on a essayé la conservation, la malade revient avec des troubles douloureux. on a bien la notion, ayant le compte rendu opératoire, que c'est la récidive de l'endométriose, la conservation a échoué, une castration sèche est indiquée.

C'est ici où la valeur de la radiothérapie est démontrée et c'est en raison de cette possibilité de cas-

tration par moyens médicaux que l'on peut être si large dans les indications du traitement conservateur.

Néanmoins dans les deux cas de récidives que nous rapportons, une nouvelle laparotomie fut faite, nous croyons en effet que la castration sèche n'agit que sur les accidents périodiques, douleurs et hémorragies, en rapport avec le fonctionnement de l'ovaire; dans les cas où en plus de la dysménorrhée, il y a des douleurs à peu près continuelles dans le bas-ventre, elles sont presque toujours l'indice d'adhérences avec le péritoine, on ne peut guère attendre de succès de la radio ou de la curiethérapie. Et c'est la méthode sanglante qui sera nécessaire pour libérer les organes adhérents, en faire au besoin l'ablation et péritoniser soigneusement les surfaces cruentées.

RESULTATS

Nous avons porté la présente étude sur 78 observations dans la Clinique gynécologique et la clientèle particulière de M. le Professeur Cotte.

Un grand nombre de cas nouveaux se sont présentés dernièrement, mais on ne peut parler de résultats, étant donné le peu de temps écoulé.

Parmi ces 78 malades, on en a éliminé 16 parce que trop récentes. Il restait donc 62 observations utilisables.

Malheureusement 45 seulement d'entre elles ont pu être revues.

Résultats immédiats

A. — MORTALITÉ.

La mortalité au cours d'interventions pour endométriose est inexistante; nous la trouvons dans deux de nos malades, femmes âgées qui ont présenté, l'une des phénomènes de collapsus cardiaques au cours de l'intervention, et l'autre une embolie au 8^e jour après l'opération, mais l'endométriose ne saurait être en cause dans ces décès.

B. — MORBIDITÉ.

Toutes nos malades furent soulagées par l'intervention. Les deux cas de récurrence ont présenté une latence de 6 à 8 mois, avant l'apparition de nouveaux troubles.

Résultats éloignés

Dans l'ensemble, sur les 45 malades dont nous avons eu des renseignements, les résultats nous paraissent excellents.

Les deux récurrences que nous présentons étaient des malades auxquelles on a essayé à tout prix un traitement conservateur.

Les résultats éloignés dans les cas d'opérations radicales sont très satisfaisants et dans les deux endométrioses recto-vaginales que nous avons observées, nous avons pu avoir des nouvelles de deux d'entre elles, elles vont bien et n'ont aucun trouble.

Dans les cas d'opérations conservatrices, nous avons eu parmi les adénomyomes utérins, 16 réponses parmi lesquelles trois étaient des malades auxquelles une conservation avait été pratiquée, chez ces trois anciennes malades, deux ont des règles qui retardent parfois jusqu'à un mois. Quant à leur abondance, elle est diminuée chez les trois, mais elles ne sont nullement douloureuses et ne présentent aucun trouble.

Nous avons revu sept de nos malades présentant une endométriose tubaire et que nous avons opérées.

Trois d'entre elles avaient subi une opération conservatrice. Deux nous répondent que leurs règles sont régulières, non douloureuses et d'abondance normale et une troisième chez laquelle une salpingectomie gauche et une castration totale à droite avait été pratiquée présente de légers troubles de ménopause avec quelques douleurs, mais très légères au moment de ses règles qui sont irrégulières, manquant parfois pendant un mois.

Pour l'endométriose ovarienne, une opération conservatrice fut faite dans 12 cas sur les 23 que nous avons vus; dans sept cas, les résultats ont été excellents avec 3 grossesses, mais il faut avouer deux récidives, guéries il est vrai par hystérectomie secondaire.

Nous n'avons pas malheureusement pu avoir de nouvelles dans un grand nombre de nos malades chez lesquelles une opération conservatrice a été faite, en particulier dans les cas d'endométriose tubaire où l'on avait essayé la conservation.

Cependant, le nombre peu considérable de récidives que nous avons observées et le grand nombre de cas favorables, nous font dire qu'il existe une pleine justification de la thérapeutique conservatrice de l'endométriose.

Les grossesses menées à bon terme par trois de nos malades montrent que si bien il peut y avoir des risques de récurrence dans une chirurgie conservatrice, elle n'en présente pas moins de réels avantages.

CONCLUSIONS

1° L'endométriose génitale est une affection fréquente; nous la trouvons dans 8 à 10 pour cent des laparotomies faites à la Clinique gynécologique de M. le Professeur Cotte.

2° Le diagnostic clinique de l'endométriose peut être fait dans un quart des cas :

La dysménorrhée tardive n'atteignant son paroxysme que le deuxième ou troisième jour du cycle menstruel doit faire penser à une endométriose.

a) L'endométriose reste cependant le plus souvent une découverte opératoire au cours d'interventions faites pour une lésion qui masquait l'endométriose.

b) Pour ces cas, elle passe alors au second plan au point de vue symptomatologique.

Elle soulève alors un problème thérapeutique dont la solution dépend avant tout dans les localisations.

3° Il existe un traitement conservateur de l'endométriose génitale. Il peut être fait dans 50 pour cent des cas. On doit donc le faire toutes les fois qu'il est possible.

a) En pratique, dans l'endométriose à localisations multiples sur un appareil génital par ailleurs normal, la castration bilatérale s'impose.

b) Les adénomyomes recto-vaginaux sont une localisation grave de l'endométriose, une hystérectomie subtotale sans conservation arrête presque toujours l'évolution de la maladie.

c) Dans les formes associées de l'endométriose, chez les femmes jeunes, il suffit le plus souvent de traiter l'affection concomitante comme si elle existait seule.

Chez les femmes âgées, devant la possibilité d'une récurrence l'on peut être radical.

d) Dans les formes pures, le traitement varie suivant l'organe atteint :

— L'endométriose utérine nécessite le plus souvent l'hystérectomie, sauf les cas rares où la lésion est circonscrite et où l'on peut faire l'exérèse des lésions.

— Les endométrioses tubaires bilatérales relèvent de la salpingectomie, mais on doit conserver au moins un ovaire et l'utérus.

— L'endométriose ovarienne unilatérale est justiciable de la castration du côté atteint.

Dans les cas de bilatéralité, il faut tenter de conserver un fragment de glande saine.

4° Si dans la plupart des cas, le traitement conservateur suffit à amener la guérison qui permet même l'évolution de grossesses ultérieures, il existe cependant quelquefois des récurrences.

5° En présence des récurrences, il suffit le plus souvent de faire la castration sèche par les rayons pour mettre fin aux hémorragies et aux douleurs menstruelles.

Dans le cas où il y a des douleurs continues, ce qui s'explique habituellement par l'existence d'adhérences péritonéales, le traitement sanglant semble préférable à la simple castration par les rayons.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
G. COTTE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN E. — Etude clinique et expérimentale de l'endométriose. (*Amer. journal of Obst. et Gynec.* déc. 1933, vol. XXVI, p. 805).
- BATIZFALVY. — Endometriose und Schwangerschaft. (*Zentralblatt fur Gynakologie*, janvier 1939, n° 1).
- BLAIR BELL. — *Journal of Obstetrics and Gynecologies of the British Empire*, 1922, t. 29, p. 443.
- BEUTLER. — De l'avenir des femmes opérées pour Endométriose, avec contribution à l'étude de l'anamnèse symptomatologie et thérapeutique de l'endométriose. (*Thèse Frankfurt*, sept. 1936).
- BROCQ et PALMER. — Diagnostic clinique et opératoire des endométriomes de l'ovaire. (*Bulletin et Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 2 déc. 1936, p. 1372).
- CARAYON A. — Modalités du traitement chirurgical de la grossesse tubaire, leurs indications et les limites du traitement conservateur. (*Thèse Lyon*, 1939).
- COTTE G. — Production expérimentale d'endométriomes. Endométriomes. Grossesse tubaire et hématosalpinx. (*Rapport sur un travail de Michon*). Soc. de Chir. de Lyon, 27 oct. 1927. In *Lyon Chirurgical*, tome 24, p. 726.
- La résection du sympathique pelvien en gynécologie. (*Journal International de Chirurgie*, janvier 1936).
- COTTE G. et MATHIEU. — L'Endométriose ovarienne. Etude anatomo-clinique et thérapeutique. (*Gynéc. et Obstétrique* t. 39, n° 2, février 1939).

- Considérations cliniques et thérapeutiques sur les endométrioses de l'appareil génital. (*Mém. à l'Ac. de Chir.*, t. 64, n° 32, séance du 14 déc. 1938).
- COTTE G. et GRANGETTE. — Endométriomes multiples. (*Lyon Chir.*, mars 1931).
- COTTE G. et TRILLAT A. — Sur l'endométriose du corps utérin. (*La Gynécologie et la Semaine des praticiens*, déc. 1933).
- CULLEN. — La distribution des adénomyomes contenant de la muqueuse utérine. (*The Am. J. of Obst. and Diseases of Women and Children*, t. LXXX, n° 2, août 1919).
- *Jour. Am. Med. Ass.*, 1914, n° 11, p. 835.
- *Adenomyoma of Uterus*. (Saunders, édit., Philadelphia, 1908).
- DELANNOY, DEMAREZ, BEDRINE. — L'endométriose. Etude anatomo-clinique. (*Arch. franco-belges de chir.*, t. 35, n° 1, janv. 1936).
- DONALD A. — Adenomyoma of the rectovaginal space and its association with ovarian tumours. (*Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, vol. XXIX, 1922).
- A statistical enquiry into clinical features of extra-uterine adenomyomata. (*Jour. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Emp.*, vol. XXXII, n° 3).
- DOUGAL. — The problem of Endometriosis. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, mars 1938).
- FRANK ROBERT. — *Journal of the Am. Med. Association*, 1920.
- *Surg. Gyn. and Obst.*, 1917.
- *Journal of the Cancer researchs*, 1916.
- FUCHS. — Endométrioses artificielles; conservations de la menstruation après amputation susvaginale du col. (*Zentralb. für Gynék.*, an. 59, n° 16, 20 avril 1935, et n° 17, 27 avril 1935).

- GRAVES. — Relations des adénomyomes ectopiques avec la fonction ovarienne. (*Am. Journ. of Obst. and Gynecologics*, nov. 1925).
- GRIGOUROFF. — L'endométriase. Signes cliniques et théories pathogéniques. (*Paris Médical*, mars 1937).
- Envahissement des ganglions pelviens dans le cancer du col de l'utérus et endométriase ganglionnaire. (*Bull. Assoc. Fran. pour l'étude du Cancer*, déc. 1936).
- HALBAN. — Hystéradénose métastatique. L'origine lymphogène de l'adénofibromatose hétérotypique. (*Archives für Gynak.*, juin 1925).
- HAMANT, CORNIL et MOSINGER. — L'endométriase tubaire, sa pathogénie. (*Ann. d'Anatomie pathologique*, déc. 1929).
- HARBITZ Hans. — Thèse Oslo, 1935, in *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXXIV, suppl. xxx.
- JAYLE. — Le solénome du ventre de la femme. (*Revue Fr. de Gyn. et Obst.*, juin 1926 et janv. 1927).
- Le solénome de l'ovaire. (*XXXVI^e Congrès Français de Chirurgie*, 1927).
- JEFFCOATE et POTTER. — *Obstetrique et Gyn. of the Brit. Emp.*, 1934.
- LEURET J. — A propos du diagnostic clinique des endométriomes. (*Gazette Médicale de France*, 1^{er} mai 1935).
- KEENE F. and KIMBROUGH. — Endometriosis, a review based on the study of 118 cases. (*The Jour. of Am. Ass.*, oct. 1930).
- KING. — The clinical symptoms of Pelvic Adenomyomata. (*Brit. Med. Journal*, in *Jour. of Obst. and Gyn. of Brit. Empire*, 27 sept. 1924).
- LOEB. — *Journal of the American Association*, 1915, t. 64.
- LOUIS. — Des adénomyomes de l'utérus. (*Thèse de Lyon*, n° 81, 1907-1908).

- LUIGI et PICCONE. — Comportement des endométriomes expérimentaux dans la grossesse. (*Annali di Ostetrica e Ginecologia Milan*, an 58, n° 1, 31 janv. 1936).
- MICHON. — Production expérimentale d'endométriomes. (*Soc. de Chir.*, 23 juin 1927).
- MICHON et COMTE. — Les adénomyomes de l'espace recto-vaginal. (Mém. in *Journal de Chirurgie*, t. XXVII, 1926, p. 385).
- MOULONGUET. — Les endométriomes. (In *Les Diagnostics anatomocliniques* de P. Lecène, t. II).
- MASSON J. — Surgical significance of endometriosis. (*Annals of Surgery*, nov. 1935).
- MASON L. — A correlation of endometrial Histology with clinical symptoms. (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, fév. 1938).
- NOVAK. — Pathologie et thérapeutique de l'endométriose. (*Medizinische Klinik*, 22 oct. 1937).
- NATHAN P. — Contribution à l'étude de l'adénomyome et de l'adénomyose de la femme. (*Thèse Paris*, 1929).
- OBERLING et HICKEL. — Le problème de l'endométriome. (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'étude du Cancer*, t. XVI, 1927).
- OKINCZYK J. — A propos des endométriomes. (*Bull. et Mém. de l'Acad. de Chirurgie*, 13 janv. 1937, p. 22).
- Les endométriomes. (In *Paris Médical*, 18 déc. 1937).
- PORTES H. et ISIDOR. — A propos des formes endométriales génitales et extra-génitales de la femme. (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XXVII, avril 1933).
- PRICE. — Problem of Endometriosis. (*Am. Jour. of Obst. et Gyn.*, mars 1938).
- PHILIPP. — Diagnostic et thérapeutique de l'endométriose. (*Therap. d. Geglew*, déc. 1937).
- PHILIPP et HUBER. — Clinique de l'endométriose. (*Zentral. für Gyn.*, 1939, n° 9).

- READAND ROQUES. — *Proc. Royal Soc. Med. Sect. Obst. et Gynec.*, 1929.
- ROBINSON. — *Surg. Gynec. Obst.*, t. 36, 1925.
- SANTY et MICHON L. — Endométrioses de l'espace recto-vaginal. (In *Lyon Chirurgical*, t. XXV, n° 3, mai-juin 1938).
- SEITZ. — Sur la genèse, la clinique et le traitement de l'endométriome. (*Munchen Med. Wchnschr.*, n° 19, 6 mai 1932).
- SCHICKELE. — Les endométriomes du péritoine pelvien, de l'ovaire et du tissu paravaginal. (*Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, séance du 12 juillet 1923, an LXXXIII, fasc. 20).
- SERDUKOFF. — Transplantation de l'endométriome. Méthode appliquée et résultats obtenus dans l'aménorrhée, la stérilité et la sénescence précoce. (*Gyn. et Obst.*, t. XXVII, janvier 1933).
- SAMPSON. — L'endométriome après salpingectomie. (*Am. Jour. of Obst. and Gyn.*, octobre 1930).
- *Archives of Surgery*, 1921.
 - *Am. J. of Obst. and Gynec.*, 1922.
 - Infection des kystes endométriaux de l'ovaire. (*Am. Jour. of Obst. and Gynec.*, vol. XVIII, n° 1, juillet 1929).
 - Endométriome inguinale. (*Amer. Jour. of Obst. and Gynec.*, vol. X, n° 4, oct. 1925).
 - Endométriome du sac d'une hernie inguinale associée à une endométriome péritonéale et à un kyste endométrial de l'ovaire. (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, vol. XII, oct. 1926).
 - Kystes hématiques perforants de l'ovaire. (*Arch. of Surgery*, 1921, t. III, n° 2, p. 245).
- SCHOCKAERT. — L'endométriome. (*Revue Médicale de Louvain*, 1935, n° 18 et n° 24).
- SHIRER. — *Canadian Medical Association Journal*, 18 feb. 1928.

SMITH G.-V. — L'endométriome. (*Am. J. of Obst. and Gynec.*, vol. XVII, n° 61, juin 1929).

TCHIJOFF I. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des endométriomes de l'ovaire. (*Thèse Paris*, 1936).

VIOLET et MICHON. — Les adénomyomes de l'utérus et des ovaires. (*IV^e Congrès de l'Ass. Gyn. et Obst. de langue française*, Paris, octobre 1925).

VIOLET. — Un cas d'endométriome de l'ovaire. (*Soc. de Méd. de Lyon*, janvier 1930).

ZAHEDI. — Localisation extra-péritonéales de l'endométriome. (*Thèse Lyon*, 1937).

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE PREMIER. — Dans quelles conditions se pose la question du traitement de l'endométriose.	17
A. — Au point de vue anatomique.....	17
B. — Au point de vue clinique.....	23
CHAPITRE II. — Evolution de l'endométriose.....	70
Conclusions de l'étude anatomo-clinique de l'endométriose	73
CHAPITRE III. — Les méthodes thérapeutiques.....	75
I. — Méthodes médicales	75
II. — Méthodes chirurgicales	77
III. — Les indications thérapeutiques.....	84
RÉSULTATS	91
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	99



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



